



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

**Curso de Mestrado em Enfermagem
de Saúde Mental e Psiquiátrica**

PROCESSOS ADAPTATIVOS DOS IDOSOS À INSTITUCIONALIZAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Orientação:

Professor Doutor Wilson de Abreu

Co-orientação:

Professora Mestre Isilda Ribeiro

Fernando Alberto Esteves Dias Pereira

Porto | 2011

*“A curiosidade do espírito na busca dos princípios certos
é o primeiro passo para a conquista da sabedoria”.*

Sócrates, cit. por Vilelas (2009, p.355)

AGRADECIMENTO

A realização deste trabalho só foi possível com o contributo de alguns peritos.

Assim sendo agradeço em primeiro lugar aos professores, *Wilson de Abreu e Isilda Ribeiro*, respectivamente, orientador e co-orientador deste trabalho de investigação, pelo empenho, dedicação, sabedoria, esclarecimentos transmitidos, pela colaboração e disponibilidade demonstradas.

Agradeço ainda aos docentes responsáveis pelas Unidades Curriculares do primeiro semestre deste mestrado de enfermagem e especialmente aos docentes Célia Santos e Carlos Sequeira, pelos conhecimentos e esclarecimentos nas aulas de orientação tutorial e nas aulas teórico práticas.

Aos colegas e amigos pela amizade e conhecimentos partilhados.

Quero também agradecer *aqueles que não mencionei*, pela disponibilidade e colaboração e compilação na realização deste trabalho.

A todos aqueles que, de uma maneira ou de outra, comprovam que a relação e a partilha de experiências é um excelente exercício cognitivo e reflexivo, deixo ficar o Meu Sincero Obrigado!

ABREVIATURAS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
DGAS	Direcção Geral de Acção Social
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
INE	Instituto Nacional de Estatística
MMSE	Mini-Mental State Examination
OMS	Organização Mundial de Saúde
WHO	World Health Organization

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
------------------	----

PARTE I - O IDOSO E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

1. O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE ACTUAL	23
1.1. Indicadores Demográficos de Envelhecimento em Portugal	23
1.2. As Realidades do Idoso: Uma Abordagem Ecológica	25
1.3. A Institucionalização do Idoso	27
2. A ENFERMAGEM E O IDOSO: OS DESAFIOS	41
2.1. Compreender os Processos de Transição	42
2.2. Promoção do Autocuidado e dos Processos Adaptativos	46
2.3. Promover uma Enfermagem de Proximidade	48
3. METODOLOGIA DO ESTUDO	53
3.1. Questões Orientadoras	53
3.2. Objectivos da Investigação	54
3.3. Contexto e Participantes	55
3.4. Técnicas de Recolha de Informação	57
3.5. Procedimentos	59
3.6. Tratamento e Análise de Dados	60
3.7. Considerações Éticas	61

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. ATITUDE DO IDOSO FACE À INSTITUCIONALIZAÇÃO	63
2. AS EXPECTATIVAS DO IDOSO	69
3. A REALIDADE DA INSTITUCIONALIZAÇÃO: QUE ADAPTAÇÃO?	77
4. ASPECTOS QUE ENQUADRAM A INSTITUCIONALIZAÇÃO	93
5. QUE IMPACTO(S) PARA O IDOSO?	99
6. CONCLUSÃO	103
7. REFERÊNCIAS	107
7.1 Bibliográficas	107
7.2 Sitiográficas	112
7.3 Legislação	114
ANEXOS	115

ANEXO I Guião de Entrevista	117
ANEXO II Mini-Mental State Examination (MMSE).....	127
ANEXO III Consentimento Informado	131

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos participantes	56
--	----

RESUMO

A institucionalização de idosos tem merecido a atenção de investigadores de diversas disciplinas, devido ao facto de poderem estar envolvidas variáveis muito diversas tais como dependência no autocuidado, grave comprometimento da capacidade de gestão do regime terapêutico, solidão e não raramente questões relacionadas com a dignidade humana.

Pretendemos, com este estudo, analisar as vivências dos idosos no processo de institucionalização em lares, tendo como objectivo central procurar avaliar em que medida os idosos que vivem em lares se adaptaram à sua situação.

Optámos por realizar um estudo de natureza qualitativa, com recurso à entrevista semi-estruturada. Pretendíamos analisar realidades particulares, opiniões, expectativas e atitudes. Foram entrevistados dez utentes idosos residentes em lares na zona do Porto e Vila Nova de Gaia que cumpriram os critérios de inclusão previamente definidos para o estudo.

Após a realização das entrevistas e da respectiva análise de conteúdo, construímos uma taxonomia de categorias, que incluía: atitudes dos idosos face à institucionalização, expectativas do idoso, a realidade da institucionalização, aspectos que a enquadram e qual o impacto no idoso.

Concluimos, no final do estudo, que a institucionalização e a resposta à mesma são processos individuais, embora existam dimensões comuns que surgem associadas aos processos de adaptação e de institucionalização. Em todo o caso, a institucionalização deve gerar respostas consistentes por parte dos profissionais de saúde, tendo em vista limitar a dependência, promover a autonomia e preservar a qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: Institucionalização, Lares, Processos Adaptativos, Idosos.

ABSTRACT

The institutionalization of the elders has been attracting the attention of researchers from many areas, because too many variables can be involved, such as dependence on self-care, seriously commitment from the ability to manage the therapeutic regime, loneliness and not rarely issues, concerned to the human dignity.

We intend, with this study to analyze the elders experiences in the institutionalization processes at the nursing homes, having as our main target the evaluation in which extension, the elderly living in nursing homes, have been adapted to their situation.

We chose to conduct a qualitative study, using the semi-structured interview method. We wanted to analyze particular situations, opinions, expectations and attitudes. We interviewed ten elderly clients living in nursing homes in the area of Porto and Vila Nova de Gaia, that fulfilled the inclusion criteria, previously defined for the study.

After the interviews and their content analysis, we have build up a taxonomy of categories that included: attitudes of elderly during the institutionalization, elderly expectations, the reality of institutionalization, global aspects and the change impact in the elders.

We have concluded at the end of the study, that the institutionalization and the answer to her, are individual processes, although there are common dimensions, that appears associated to the processes of adaptation and institutionalization. Anyway, the institutionalization is expected to generate consistent answers from the health professionals in order to limit the dependence, and promote independence, preserving life quality.

KEYWORDS: Institutionalization, Nursing homes, Adaptive processes, The elderly.

INTRODUÇÃO

Toda a investigação científica é uma actividade humana de grande responsabilidade ética pelas características que lhe são inerentes (Martins, 2008). Desde a selecção do problema até à publicação dos resultados, o investigador tem um longo caminho a percorrer, podendo ser de grande importância alguns aspectos que, à primeira vista, parecem de pormenor.

Os enfermeiros reconhecem a importância da investigação, tal como refere Martins (2008), para o desenvolvimento contínuo da profissão e a tomada de decisões adequadas e inteligentes para prestar os melhores cuidados aos utentes, para a alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência e ainda para demonstrar aos outros os fundamentos sobre os quais se estabelece a sua prática, ou seja, dá um forte contributo para a sua visibilidade social.

Em Portugal, o envelhecimento populacional é uma situação que não é divergente da que se verifica nos restantes países desenvolvidos e, embora tenha ocorrido mais tardiamente, apresentou uma evolução mais rápida (Almeida, 2008).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2003) as previsões aludem para que em 2050 Portugal seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia. Relativamente ao envelhecimento da população e ao aspecto geográfico, também não se processou uniformemente, verificando-se relativamente aos dados do continente, que a região norte, em 2005, era a que apresentou um índice mais baixo de envelhecimento (90,9).

Os progressos sociais das áreas da saúde contribuem para o prolongar da vida, facto que se associa também ao crescimento da população idosa. Nesta perspectiva torna-se necessário a definição de estratégias de acção num contexto de apoio global, já que as famílias têm mais dificuldades de garantir o seu suporte, especialmente se não coabitam com os idosos (Coimbra e Brito, 1999).

O recurso à institucionalização parece ser uma forma de proporcionar esses suportes, a garantia de níveis de bem-estar favoráveis a uma melhor inserção

socioeconómica e influenciar deste modo a qualidade de vida¹ dos idosos (Coimbra e Brito, 1999).

Para Jacob (2002, cit. por Almeida 2008, p.79) o significado da institucionalização do idoso é *“quando, por qualquer motivo, este permanece durante o dia ou parte dele, numa determinada instituição”*. Acrescenta ainda que *“quando a permanência destes se prolonga pelas 24 horas, passam a designar-se por idosos institucionalizados residentes”*.

O envelhecimento está associado a um conjunto de alterações (biológicas, psicológicas e sociais) que ocorrem ao longo da vida. Esta é a razão que dificulta o encontrar um momento consensual para determinar a partir de que idade e de quando se é velho (Sequeira, 2010). Sendo que esta evidência se associa segundo o mesmo autor, ao facto de não existir acordo na utilização das palavras, *idoso* e *velho*.

Por sua vez entende-se o envelhecimento como:

“um tipo de desenvolvimento físico com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, desde a idade adulta até à velhice, aproximadamente de acordo com a idade e estádios de crescimento e desenvolvimento, acompanhada por declínio dos processos corporais devido à diminuição da capacidade de regeneração das células, perda de massa e coordenação muscular e das competências psicomotoras, perda de pêlos, pele fina e enrugada” (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE), Versão Beta 2, 2002, p.43).

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2001) faz referência ao termo terceira idade, considerando que este tem início entre os 60 e os 65 anos. Na mesma perspectiva, a ONU define que o início da velhice nos países em desenvolvimento é aos 60 anos e elevada aos 65 anos nos países desenvolvidos. Para Spar e La Rue (2005, cit. por Sequeira, 2010, p.7), são consideradas pessoas idosas *“os homens e as mulheres com idade igual ou superior a 65 anos”*. Neste trabalho de investigação irá ser considerado como idoso a definição mencionada por Spar e La Rue, anteriormente referida.

¹ Qualidade de vida - é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, e relacionada com os seus objectivos, expectativas, normas e preocupações. É um conceito amplo, subjectivo que inclui de forma complexa a saúde física da pessoa, o seu estado psicológico, um nível de independência, suas relações sociais, as crenças e convicções pessoais e a sua relação com os aspectos importantes do meio ambiente (OMS (1999, cit. por Sequeira 2010, p.4)).

Assim torna-se imprescindível promover o envelhecimento bem sucedido de modo a que esta etapa do ciclo vital e a institucionalização sejam encarados de modo positivo, com qualidade de vida para os idosos. Segundo a World Health Organization (WHO), (2002 cit. por Sequeira 2010, p.4) entende-se por envelhecimento bem sucedido/activo *“um processo de optimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”*.

*Adaptar-se no idoso é “continuar a viver, recorrendo a estratégias para conservar a auto-estima”*² (Berger e Mailloux-Poirier, 1995, p.165). Os referidos autores, acrescentam ainda que, o que permite a adaptação, conduz ao conservar do equilíbrio mínimo e também permite estar preparado para enfrentar novos desafios. Neste estudo irá considerar-se *adaptação* o referido por Berger e Mailloux- Poirier.

Este trabalho de investigação é inserido no contexto do Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), tendo como tema *os processos adaptativos dos idosos à institucionalização*.

O propósito central deste estudo de investigação, consiste em efectuar a análise do impacto da institucionalização dos idosos em lares, tendo como áreas temáticas a Institucionalização e o idoso.

A selecção do problema é segundo Vilelas (2009), uma das fases dos processos de investigação. Neste contexto, segundo a perspectiva de Fortin (1999, p.59), a pergunta de partida *“determina a orientação da investigação a empreender segundo se trata de escrever, explicar ou prever fenómenos”*. Por outro lado, esta deve ser *“actual, isto é, apropriada às interrogações do momento presente, pertinente para a prática profissional, e ter o potencial de contribuir para a aquisição de novos conhecimentos”* (Fortin, 1999, p.58).

Partindo destas afirmações a pergunta de partida para este estudo é definida do seguinte modo: *Qual a percepção do idoso na transição para a institucionalização?*

² Auto-estima - É um tipo de auto-conceito com as seguintes características específicas: opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto aceitação e de auto limitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento da mesma maneira que da crítica construtiva (CIPE, Versão Beta 2, 2002, p.54).

Este estudo tem por finalidade contribuir para a melhoria na intervenção e qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através do conhecimento dos processos adaptativos dos idosos à institucionalização.

Por se tratar de uma problemática bastante actual, é fundamental investigá-la de modo sistemático. Neste sentido este trabalho tem por objectivo procurar compreender de que forma os idosos que vivem em lares se adaptaram ao processo de institucionalização.

O sofrimento silencioso que emerge nestes processos de transição e que importa minimizar, é a essência objectiva deste trabalho. Como isso seria difícil de obter sem uma introspecção de etiologia pessoal, é necessário ouvir dos mesmos que vivenciam as suas angústias, para as transpormos para o nosso contexto de forma a atenuar e contribuir para uma vivência existencial mais positiva, e fazer esta fase da vida uma alavanca para novos projectos de vida, tornando-a mais satisfatória.

O conhecimento dos processos adaptativos dos idosos à institucionalização é relevante para a promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, assim como para a identificação das intervenções de enfermagem que mais se adequam a essa situação de forma a conduzir a ganhos em saúde. Acrescenta-se ainda que será uma forma de dar resposta a uma inquietação do investigador vivenciada na prática diária de um contexto profissional, dimensões que conferem pertinência ao estudo.

Este trabalho, encontra-se estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo será efectuado o enquadramento teórico que sustenta este projecto. Assim será abordado o envelhecimento na sociedade actual, sendo efectuada referências aos indicadores demográficos do envelhecimento em Portugal, assim como será enfatizada a abordagem ecológica na realidade do idoso. Por fim será abordada a temática da institucionalização do idoso uma realidade real e cada vez mais presente na sociedade.

Por sua vez, no segundo capítulo é enfatizado o papel fulcral que a ciência de enfermagem tem perante o desafio que é o cuidar de idosos sujeitos a transições e processos adaptativos imprescindíveis no processo de institucionalização.

No terceiro capítulo será descrita a metodologia de estudo, fazendo referência ao paradigma, pergunta de partida, objectivos e questões da investigação. Apresenta-se também o contexto e os participantes. Faz-se ainda referência aos procedimentos para a recolha de dados, mencionando as considerações éticas a ser adoptadas. Por fim descreve-se, o modo como se irá proceder à análise e tratamento de dados.

No que concerne às dificuldades para a concretização deste trabalho, prendem-se fundamentalmente com o tempo académico pré-determinado e em obter as autorizações das instituições pela dificuldade que estas tiveram em perceberem o interesse da investigação. Por outro lado a incompatibilidade do horário do investigador com as das rotinas dos lares levou a que o processo fosse mais demorado, relativamente à recolha de dados.

A recusa de participação de alguns idosos contactados para o efeito, assim como a incapacidade cognitiva para os idosos perceberem o contexto e objectivos da investigação, foram motivos para não serem incluídos no estudo e que a selecção dos participantes fosse mais morosa.

Espera-se que este trabalho de investigação seja claro, compreensivo e que contribua para uma prática de enfermagem que vá de encontro as necessidades dos idosos que vivem em lares, promovendo a continuidade de um projecto de vida nesta etapa do ciclo vital.

PARTE I - O IDOSO E O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO

1. O ENVELHECIMENTO NA SOCIEDADE ACTUAL

A forma como a sociedade encara o processo de envelhecimento sofreu mudanças significativas ao longo dos tempos e nas várias culturas. A inevitabilidade do envelhecimento tem-se manifestado como uma das mais antigas preocupações do ser humano (Dutra, 2009).

As sociedades encontram-se em constante evolução. Com elas, evoluem também as percepções, crenças e valores sociais. Ao proceder-se a uma retrospectiva no tempo pode verificar-se que foram consumadas alterações profundas no modo como a sociedade portuguesa encara o envelhecimento (Costa et. al (1997, cit. por Dutra, 2009).

Dutra (2009) recorda, que actualmente em consequência da frenética evolução científica e dos incessantes progressos e avanços tecnológicos, o Homem conquistou uma vida prolongada e o processo de senescência parece traduzir-se num simples constatar da passagem do tempo.

Partilha-se ainda da opinião de Dutra (2009), que não obstante esta realidade, mesmo sujeito a alterações e evoluções, acompanhando o evoluir dos tempos, o envelhecimento comportará sempre uma dimensão multidimensional, sobretudo por ser um processo universal sendo, concomitantemente, um processo dinâmico, singular e diferente de indivíduo para indivíduo.

1.1. Indicadores Demográficos de Envelhecimento em Portugal

As projecções de população assentes na subida da fecundidade, num aumento moderado da esperança de vida e num saldo migratório positivo indiciam uma estrutura etária envelhecida. Os idosos não cessarão de aumentar em valor absoluto e em importância relativa, prevendo-se que ultrapassem os jovens entre os anos 2010 e 2015 (OMS, 1998).

A partir de 2010 o incremento da população idosa será o efeito conjugado da diminuição da população jovem e da população em idade activa. O índice de envelhecimento sofrerá uma subida ininterrupta aproximando-se dos 112 idosos por cada 100 jovens em 2020 (cerca de 84 em 1995) (INE, 2003).

O peso dos idosos atingirá, segundo o INE (2003), os 18,1% em 2020, enquanto a proporção de jovens diminuirá para 16,1% (14,7% e 17,6% em 1995, respectivamente), evidenciando uma reflexão sobre esta realidade.

Paralelamente assistir-se-á segundo o INE (2003), ao aumento de proporção da população com 75 e mais anos que se elevará a 7,7% em 2020, contra 5,6% em 1995. Como resultado desta evolução prevê-se que o índice de longevidade continue a aumentar e atinja o seu valor máximo no ano de 2010: cerca de 45 indivíduos com 75 e mais anos por cada 100 com 65 e mais anos.

A Direcção Geral de Acção Social (DGAS) in *“Gerações mais idosas”* - INE (2001), refere que os resultados do Recenseamento Geral da População e Habitação, realizado em 1991, 97,5% da população idosa (indivíduos com 65 e mais anos) vivia em famílias clássicas e 2,5%, ou seja 33 015 indivíduos, em famílias institucionais (por exemplo Lares). Os dados disponíveis indicam que esta percentagem varia conforme o sexo e o grupo etário analisado, verificando-se, à medida que aumenta a idade, que a proporção de idosos a viver em famílias institucionais cresce significativamente.

Observando os dados nacionais, no grupo dos 65-69 anos a proporção é de 0,8%, para atingir no grupo 80 ou mais anos, o valor de 6,1% (DGAS in *“Gerações mais idosas”* - INE, 2001). Por outro lado, o peso da população idosa feminina a residir neste tipo de famílias é sempre superior, em todos os grupos etários, aos valores da população masculina, sendo que a situação varia ainda de região para região.

As previsões apontam para que Portugal, em 2050, seja o quarto país com maior percentagem de idosos a nível da União Europeia (Almeida e Rodrigues, 2008). Na verdade, também no nosso país, o envelhecimento da população (a nível geográfico) não se processou uniformemente, verificando-se - quando considerados os dados do continente - que a região norte, em 2005, era aquela que apresentava um índice mais baixo de envelhecimento (90,9). Apesar de tudo,

este índice aumenta em algumas das sub-regiões que a integram, nomeadamente na subregião do Douro (142,8).

1.2. As Realidades do Idoso: Uma Abordagem Ecológica

A longevidade é uma realidade actual, porém trás consigo a necessidade de adaptação às perdas que ocorrem ao longo da vida. Viver mais significa ver os familiares queridos serem retirados do convívio pela morte, pela mudança para lugares longínquos ou pelo distanciamento que a vida moderna provoca, com o seu individualismo e hedonismo (Bessa e Silva, 2008).

Neste contexto o idoso vê-se compelido a reconstituir os seus vínculos, a buscar formas de viver o seu quotidiano, sem poder contar com as redes de apoio familiar (Bessa e Silva, 2008). Perante este facto, o idoso pode ter que aprender a conviver com pessoas completamente desconhecidas, após um longo percurso de vida, convivendo com aqueles com quem manteve laços de amizade e consanguinidade, deixando para trás o seu estilo de vida pessoal e de viver o seu quotidiano como até então (Bessa e Silva, 2008).

Berger e Mailloux-Poirier (1995), cit. por Marques (2005), referem que as representações negativas sobre os idosos, predominam na cultura ocidental. Acrescentam ainda que as atitudes dos enfermeiros face ao envelhecimento são o reflexo da sociedade em geral, onde a condição e a experiência dos idosos são desvalorizadas perante a sobrevalorização dos valores da juventude.

A nossa sociedade é baseada segundo Paúl e Brissos (1991, 1992), cit. por Marques (2005, p.213):

“na acumulação de bens e não de experiências humanas, a riqueza é medida em termos de técnicas e instrumentos e não em símbolos, o eixo fundamental é a rentabilidade e o lucro, alimentando as representações e os estereótipos negativistas em relação ao envelhecimento como problema e aos idosos como pessoas. A associação da velhice a conceitos como doença, morte, dependência, carência e incapacidade não é feita pelos próprios idosos que apresentam preconceitos em relação à sua própria condição”.

A abordagem ecológica, proposta por Bronfenbrenner (1996), é usada para distinguir os processos evolutivos e os múltiplos factores que influenciam o processo do desenvolvimento humano. Investigar ecologicamente o

desenvolvimento dos idosos é fundamental na intervenção do enfermeiro especialista, uma vez que a teoria ecológica de Bronfenbrenner, enfatiza a importância da valorização do ambiente ecológico. Este é definido pelo referido autor, como um sistema de estruturas agrupadas, independentes e dinâmicas.

Para Bronfenbrenner (1996, cit. por Abreu (2008a, p.125), a Ecologia do Desenvolvimento Humano, consiste no:

“...estudo científico da acomodação progressiva e mútua, obter um ser humano activo, em desenvolvimento, e as propriedades mutantes dos ambientes imediatos em que a pessoa em desenvolvimento vive, conforme esse processo é afectado pelas relações entre esses ambientes e pelos contextos mais amplos em que os ambientes estão inseridos.”

Bronfenbrenner (1996, cit. por Abreu (2008a), concebe o ambiente ecológico como uma disposição seriada em níveis estruturais concêntricos, nos quais uns estão inseridos nos outros, nomeadamente: microsistema, mesossistema, exossistema, macrosistema e cronossistema.

O microsistema compreende um conjunto de actividades, papéis e relações interpessoais vividos por um indivíduo em um determinado momento. É aqui que o indivíduo formula as principais orientações para a acção, incluem-se o ambiente familiar, companheiros, colegas de escola, uma vez que estes solicitam ao indivíduo uma implicação pessoal e a ocorrência de relações interpessoais (Bronfenbrenner 1996, cit. por Abreu (2008a). São microsistemas para o idoso, a família onde se insere tal como centros de dia e que não separam o idoso do seu contexto familiar.

O mesossistema pode ser constituído pelas relações entre a família, o trabalho e a vida social, aqui o indivíduo desempenha simultaneamente vários papéis sociais, sendo ampliado sempre que o indivíduo se insere em contextos adjacentes (Bronfenbrenner 1996, cit. por Abreu (2008a). O mesossistema do idoso pode ser afectado na institucionalização uma vez que altera as relações entre a família e sobretudo a alteração dos diversos papéis sociais.

O exossistema refere-se ao conjunto de contexto que não afectam directamente o indivíduo, mas que o fazem de forma indirecta (Bronfenbrenner 1996, cit. por Abreu (2008a).

O macrosistema reporta-se ao contexto global onde todos os sistemas anteriores estão incluídos e se relacionam entre si. Compreende assim as

ideologias, as relações estruturais e as relações simbólicas que enquadram todos os contextos acima referidos (Bronfenbrenner 1996, cit. por Abreu (2008a)).

Por fim, o cronossistema, compreende o conjunto e mudanças e transformações ao nível da pessoa ou dos sistemas. Consideram ainda que o cronossistema consiste nas transições e na sucessão de mudanças significativas e na história de vida do indivíduo. Compreende os eventos e transições ao longo da vida que envolvem circunstâncias sócio-históricas. Assim a história de vida do indivíduo é um factor condicionante a uma institucionalização bem sucedida. Perante esta descrição, torna-se evidente que a institucionalização do idoso deve ser enquadrada numa perspectiva biodimensional e ecológica (Bronfenbrenner 1996, cit. por Abreu (2008a)).

1.3. A Institucionalização do Idoso

A crescente necessidade de institucionalização de idosos é uma temática vigente na população em geral e que leva a sociedade a preocupar-se com as condições em que se encontram os idosos que residem em lares (Perlini, Leite e Furini, 2007). Frequentemente surgem notícias, que mencionam aspectos positivos, acerca das potencialidades, relacionadas com as vivências dos idosos em lares. Também são ressaltados aspectos negativos, como a existência de maus tratos, estrutura física deficitária e falta de recursos humanos capacitados para actuar com idosos que residem em lares, os quais dão a entender que esta deve ser uma preocupação constante dos profissionais que estão envolvidos com a problemática, assim como dos familiares das pessoas idosas que passaram a residir em lares (Perlini, Leite e Furini, 2007).

Considerando a família como fonte de cuidado, optar pela institucionalização de um dos seus membros, o idoso, torna-se uma decisão que se reveste de uma intenção que visa proporcionar melhores condições de vida, de cuidado, de conforto e mais qualificadas que aquelas que a família pode oferecer (Perlini, Leite e Furini, 2007).

Segundo Perlini, Leite e Furini (2007), em determinadas situações ou períodos, a capacidade da família para o cuidado pode estar comprometida ou fragilizada e, nestas condições, o idoso pode tornar-se um obstáculo à autonomia dos familiares, quer seja pelas necessidades do quotidiano, que não lhes

possibilita conciliar o cuidado ao idoso e actividades do trabalho e da casa, ou pela impossibilidade de encontrar familiares que se disponibilizem e responsabilizem pelo cuidado do idoso.

Perante estas evidências frequentes e reais, a institucionalização, segundo Perlini, Leite e Furini (2007), torna-se uma das soluções encontradas para o problema.

Alguns estudos concluem que viver o processo de institucionalização do idoso constitui um período de transição e conflito para a família, em que diversos factores são considerados e contribuem para essa decisão. Dos vários factores, o facto de ser uma família pequena, diminui a possibilidade de um dos familiares se responsabilizar pelo cuidar do idoso (Perlini, Leite e Furini, 2007).

Referem ainda que a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar os cuidados no contexto domiciliário, e o desejo do idoso ter um espaço para residir sem incomodar os familiares, são situações segundo Perlini, Leite e Furini (2007), consideradas motivacionais para a institucionalização.

Perante as dificuldades impostas ao quotidiano familiar e as restritas soluções encontradas para garantir o cuidado e a qualidade de vida do idoso, a família e, muitas vezes, o próprio, visualizam a institucionalização como uma alternativa viável (Perlini, Leite e Furini, 2007). A partir desta ideia formada, procuram o melhor local para o idoso morar, no qual esperam que este seja acolhido, bem atendido e que a manutenção dos vínculos afectivos básicos com a família seja mantida (Perlini, Leite e Furini, 2007).

Evidencia-se que as concepções descritas na literatura em relação à institucionalização e às instituições que acolhem os idosos, de que estas favorecem a exclusão. Os idosos são tratados como objectos, sendo acompanhados por um número reduzido de funcionários, nem sempre qualificados. As actividades sócio-recreativas não são de acordo com as necessidades e os interesses dos idosos, factos que diferem das expectativas da família no processo da institucionalização (Perlini, Leite e Furini, 2007).

A institucionalização dos idosos é de tal forma notória que em 24 de Setembro de 1993 realizou-se um encontro na Holanda, da responsabilidade da Associação Europeia de Directores de Instituição de Idosos, donde saiu a Carta

Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente em Instituições e que passamos a citar (Born e Boechat, 2006, cit. por Almeida, 2008, p.81):

“Promover e melhorar constantemente a qualidade de vida e minimizar as inevitáveis restrições acarretadas pela vida na instituição; Manter a autonomia do idoso; Favorecer a livre expressão da sua vontade; Favorecer o desenvolvimento da sua capacidade; Possibilitar liberdade de escolha; Garantir um ambiente de aconchego na instituição como na sua própria casa; Respeitar a privacidade; Reconhecer o direito do idoso a seus próprios pertences, independentemente da sua limitação; Reconhecer o direito do idoso a assumir riscos pessoais e exercer responsabilidade conforme sua escolha; Respeitar a manutenção do seu papel social; Garantir acesso ao melhor cuidado conforme seu estado de saúde; Proporcionar cuidado integral e não apenas médico”.

Neste momento de impotência em encontrar outra alternativa à institucionalização da pessoa idosa, não é levado em conta o impacto e as suas repercussões, pois possivelmente segundo Perlini, Leite e Furini (2007), são desconhecidos da maioria das famílias.

Outro aspecto que merece reflexão está relacionado segundo Perlini, Leite e Furini (2007), com as políticas de atenção à pessoa idosa, ao prever que a família deve propiciar-lhe o atendimento de acordo com as suas necessidades e dignidade, mas não disponibilizam recursos para fortalecê-la no sentido de viabilizar a permanência do idoso no contexto familiar.

Segundo a DGAS, o desafio que o envelhecimento demográfico representa para as sociedades poderá ser analisado segundo determinadas dimensões:

- A. Relativo declínio da população activa e envelhecimento da mão-de-obra;
- B. Pressão sobre os regimes de pensão e nas finanças públicas provocada pelo número crescente de reformados e pela diminuição da população em idade activa;
- C. Necessidade crescente de cuidados de saúde e assistência às pessoas idosas;
- D. Diversidade dos recursos e das necessidades dos idosos.

Face à actual realidade onde a institucionalização é uma das respostas, à etapa do ciclo vital - velhice - torna-se fundamental perceber no contexto real, não só o seu o impacto como os seus processos adaptativos. Torna-se pertinente

perceber no contexto real que processo adaptativos desenvolvem os idosos na sua institucionalização.

Na língua portuguesa a institucionalização é o *"ato ou efeito de institucionalizar"*. Institucionalizar, por sua vez, é *"dar o carácter de instituição, adquirir o carácter de instituição, dar forma institucional"*. Assim, o idoso institucionalizado é aquele a quem se dá ou que adquire o carácter de instituição, que se transforma em instituição, o que, obviamente, não faz sentido (Rezende, 2004, p.1).

De forma pormenorizada Robichaud, Durand, Bédard e Ouellet (2006, cit. por Martins e Calixto, 2010) indicam como principais características da institucionalização influenciadoras da qualidade de vida, o envolvimento relacional empático, a sensação de identidade, o sentido de controlo, a intimidade, a segurança, o conforto, a satisfação das necessidades, o respeito no tratamento e a competência técnica dos profissionais.

A transferência da residência habitual para uma instituição de longa permanência - lar, é sempre um grande desafio para os idosos, pois deparam-se com uma transformação muitas vezes profunda do seu estilo de vida, sendo desviados de todo seu projecto existencial (Júnior e Tavares, 2005). Segundo Born (1996, cit. por Júnior e Tavares, 2005), muitos idosos encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários.

Contudo, não devemos esquecer que muitas vezes, essa instituição de longa permanência cumpre papel de abrigo para o idoso excluído da sociedade e da família, abandonado e sem um lar fixo, podendo tornar-se o único ponto de referência para uma vida e um envelhecimento dignos (Júnior e Tavares, 2005).

A institucionalização do idoso configura, segundo Rezende (2004), um movimento de esquecimento e de isolamento, face a uma sociedade ocidental por demais conhecida por enaltecer a quase eterna juventude. Este processo representa uma grande mudança na vida do idoso, despoletando e/ou acentuando a vivência de uma série de perdas.

Retrospectivamente, o idoso institucionalizado vê com nostalgia a perda de uma vida activa, onde até certo ponto podia ser segundo Rezende (2004), o senhor

do seu mundo e das suas acções. Recorda ainda, com tristeza, um tempo desenrolado entre os laços familiares e comunitários, agora longínquos.

A institucionalização marca encontro com um ambiente colectivo de regras que não têm em conta a sua individualidade, a sua história de vida, e que funciona de igual modo para todos (Rezende, 2004).

São estes fantasmas que tornam o envelhecimento uma realidade inalienável e incontornável, dando conta das mudanças ao nível da imagem de corpo e de si, provocando segundo Rezende (2004), a destabilização de um quadro de referências sobre a sua identidade e a gradual desvalorização de si próprio.

As pessoas que são admitidas no lar, passam a ser membros de uma nova comunidade. Geralmente vivenciam uma ruptura radical com os seus vínculos relacionais afectivos, convivendo diariamente com pessoas que não possuem qualquer vínculo afectivo. Independentemente da qualidade da instituição, ocorre normalmente um afastamento da vida “normal” (Oliveira, Sousa e Freitas, 2006).

Na instituição o idoso torna-se segundo Oliveira, Sousa e Freitas (2006), obrigado a adaptar-se e aceitar normas e regulamentos.

De facto, os idosos dos dias de hoje nasceram, em épocas em que havia diferentes valores culturais; épocas em que as pessoas mais velhas exerciam um importante papel. A família cuidava dos membros idosos com honra, valorizando-o na vida afectiva e social (Oliveira, Sousa e Freitas, 2006).

Nos dias actuais, há uma mudança no perfil social da família, descaracterizando a valorização do “cuidar” do idoso. Hoje, a família é considerada na sua maioria - nuclear, onde convivem pais e filhos, e às vezes até mesmo só mães e filhos, sem lugar para a figura dos avós (Oliveira, Sousa e Freitas, 2006). Devido a essa condição, a assistência ao idoso pode tornar-se difícil, podendo chegar a exigir a institucionalização.

Perante esta evidência relacionada com o processo de institucionalização, facilmente se depreende que existem factores que podem ser causadores de alterações no processo de adaptação dos idosos à institucionalização, nomeadamente, stress por mudança de ambiente, adaptação e crise, que serão as variáveis de estudo desta investigação.

Relativamente à transição individual para cuidados institucionais, a maioria dos teóricos divide o processo de recolocação em 3 fases. Dependendo das circunstâncias mobilização e do estado de saúde e funcional dos idosos, cada fase deve ser comprimida num intenso processo de transição de alguns dias ou por algumas semanas ou meses (Talerico, 2004).

No que concerne à pré-institucionalização, Talerico (2004), menciona que antes da mudança actual, os idosos e a sua família devem cooperar com os inúmeros procedimentos de entrada, incluindo cenários de admissão para determinar a elegibilidade da admissão, questões financeiras, e decisões de colocação. No processo da pré-institucionalização, surge a necessidade de serem efectuadas algumas modificações de modo a facilitar o processo de transição. A título de exemplo: - se o idoso vive numa habitação privada, a necessidade de a vender e de eliminar alguns bens individuais podem ser factores de influência na perda pessoal que irá sentir e tornar esta equação stressante (Talerico, 2004).

Segundo Travis e McAuley (1998, cit. por Talerico, 2004), as famílias por norma procuram extensivamente de forma a encontrar um local que acham apropriado ou simplesmente aceitável, e que se encontre próxima de casa.

Esta procura e decisões associadas relativamente a um ente querido que necessita de cuidados diários podem criar segundo Travis e Percy (2002, cit. por Talerico, 2004), situações de grande stress para aqueles que estão encarregues do idoso e até mesmo para a unidade familiar.

É durante esta transição que o idoso pode demonstrar sintomas de comuns de Síndrome de Stress, assim como afastamento, depressão e sentimentos de inutilidade e fraqueza. Do mesmo modo, também as famílias podem ser vítimas de sentimento de culpa e stress, com todo o processo de mobilização do idoso (Davis et. al, 1990 cit. por Talerico, 2004).

Actualmente cerca de 86% das admissões em lares de idosos são de pessoas de raça branca (Jones, 2002, cit. por Talerico, 2004). Apesar desta constatação, com a diversidade de cuidados de saúde existentes, os enfermeiros devem estar cientes da diferença de valores e crenças que existem numa sociedade etnicamente diversificada e por sua vez, continuamente monitorizar as suas práticas de forma a assegurarem que estão a providenciar cuidados apropriados étnica e culturalmente.

Imediatamente após a institucionalização, Jackson et. al (2000, cit. por Talerico 2004), referem que os piores efeitos psicológicos da relocação podem ocorrer logo após a mudança, quando os idosos se sentem inúteis, abandonados e vulneráveis. Mikhail (1992 cit. por Talerico 2004), mencionam as respostas negativas como comuns nos idosos que são admitidos nos lares involuntariamente, toda a raiva e sentido de injustiça podem ser intensos, sendo desconhecido o tempo de duração desta fase individualmente.

Prevê-se que nas mudanças para um lar a desorganização mental, física e social, podem segundo Brooke (1989, cit. por Talerico 2004), durar entre 6 a 8 semanas até 3 meses a partir do dia de admissão (Jackson et al. (2000, cit. por Talerico 2004). Por sua vez, a família pode também cooperar com reacções adversas durante o processo de admissão. A maioria das famílias angustia com o processo de admissão, assim como com as mudanças físicas, psicológicas e mentais que podem ocorrer no início da admissão (Talerico, 2004).

No pós-institucionalização, um factor central nas respostas a nível psicológico dos novos moradores no lar de idosos continua a ser segundo Mikhail (1992, cit. por Talerico 2004), a sua percepção, de como muito do controle sobre as suas vidas será perdido, como resultado desta mudança. Para aqueles que são admitidos involuntariamente, é importante identificar áreas onde poderão exercer o controlo dos padrões da sua vida diária (Talerico, 2004). A perda de controlo das suas vidas justifica segundo Mikhail (1992, cit. por Talerico 2004), a raiva dos idosos e permite que possam surgir conflitos relativamente aos cuidados.

Relativamente aos idosos que apresentam alteração cognitiva, o processo de mudança pode tornar-se enredado em falhas de memória, raciocínio e capacidade de julgamento (Talerico, 2004). Num novo ambiente o desenvolvimento de novas relações e o sentimento de segurança numa nova perspectiva, significará segundo Cohen-Mansfield e Marx (1992, cit. por Talerico 2004), o planeamento de cuidados por parte do pessoal que trabalha com estes idosos nos lares.

Segundo Brooke 1989; Dimond, McCance e King, 1987, cit. por Talerico (2004), assumindo que não existem complicações como a morte de um companheiro de quarto, a re-hospitalização, mudança de quarto, declinação cognitiva ou problemas comportamentais associados, ou mudança de unidade nas

instalações, a integração na rotina de cuidados a longo prazo no lar ocorre dentro de 8 a 12 meses após a sua admissão.

Apesar de todos os idosos passarem pelo processo de integração no lar a institucionalização, não afecta os idosos da mesma forma (Talerico, 2004). Este facto, oferece orientação conceptual para intervenções das equipas interdisciplinares através de definições de tratamento, pelas quais estas são responsáveis durante as várias fases de integração dos idosos nos lares.

Talerico (2004), refere a existência de dois modelos de abordagem do enfrentamento mais populares: o modelo integracionista e o modelo transaccionista de stress e enfrentamento.

Relativamente ao modelo transaccionista, este é o que mais se adequa ao tipo de pessoas que lidam com idosos em situação de cuidados dependentes, apesar de ambos os modelos poderem ser aplicados à institucionalização. Por sua vez, o modelo integracionista, enfatiza segundo Folkman (1992, cit. por Talerico 2004), formas de percepção e pensamento sobre os relacionamentos individuais com o meio ambiente. O enfrentamento é relacionado como uma função e/ou características ambientais com o propósito de regulação das emoções (Talerico, 2004).

Uma das críticas ao modelo integracionista é que este assume que as pessoas avaliam e respondem às situações de forma consistente. Tendo as características reais de personalidade para enfrentar os problemas da vida efectivos (Talerico, 2004).

O modelo transaccionista de stress e enfrentamento inicia segundo Talerico (2004), com a avaliação cognitiva da situação pessoal -ambiente. Contudo segundo Lazarus e Folkman (1984, cit. por Talerico 2004), este modelo vê esta avaliação como uma mudança contínua de como os encontros se desdobram e de como novos encontros são reconstruídos nos anteriores. Ou seja, este modelo vê o enfrentamento como uma constelação de processos que se modificam ao longo e através das ocasiões, o propósito primário é resolver problemas e regular emoções (Talerico, 2004).

Segundo Talerico (2004), em cada momento, os pensamentos e as emoções são influenciadas pelo contexto e percepções, implicando que as avaliações e estratégias de enfrentamento não são atributos estáticos. Os relacionamentos

contínuos e recíprocos, em cada afectado e sendo afectado por outro, são segundo Talerico (2004), consistentes com as tarefas necessárias para transições efectivas através das fases de relocação. Esta visão também engloba segundo Talerico (2004), percepções distorcidas da realidade associadas com o delírio, declínio cognitivo, doença física, que poderá mudar ao longo do tempo.

Depois da admissão numa instituição, a continuidade de cuidados é mantida através da comunicação efectiva entre os funcionários da instituição e/ou familiares, e o lar. Imediatamente após a institucionalização, a equipa do lar deve envolver-se continuamente no ambiente para detectar existente ou emergente desarmonia entre o idoso e o ambiente (Talerico, 2004). Problemas nos quartos, conflitos entre funcionários do lar e a família, e cuidados rotineiros que são atípicos para os hábitos normais dos idosos, constituindo alguns dos stressés ambientais, que poderão afectar o processo da institucionalização (Talerico, 2004).

Porque os idosos são o grupo vulnerável na situação de institucionalização, os funcionários do lar devem modificar o ambiente, o mais extensivo possível, para permitir que os idosos em processo de adaptação consigam enfrentar/fazer face definitivamente (Talerico, 2004).

De uma perspectiva do modelo transaccionista, a equipa interdisciplinar deve estar vigilante durante esta fase de sinais contínuos e sintomas de Síndrome de Stress, assim como os relacionamentos dos idosos no seu novo ambiente que são para desenvolver e envolver (Talerico, 2004).

A fase da pós-institucionalização geralmente termina com a integração na rotina e comunidade do lar. Toda a equipa inter-disciplinar é responsável pela assimilação dos objectivos que são consistentes com a saúde e funcionamento dos residentes em conjunto com os desejos e preferências dos mesmos. As necessidades da família devem também ser incorporadas nesta altura (Talerico, 2004).

O modelo transaccionista é útil para o entendimento da percepção dos cuidados contínuos que deverão ser usados durante este processo dinâmico e em constante mudança (Talerico, 2004). Através da estadia dos idosos no lar igualmente existirão muitas transições nos cuidados. Assim a equipa do lar trabalha para criar uma fácil transferência de entrada no mesmo, a equipa deve

também estar preparada para fazer o mesmo pelos seus idosos através de definições de cuidados entre as equipas de tratamento (Talerico, 2004). A necessidade de perceber os cuidados, as escolhas e as preferências do lar dos residentes devem ser não menos importantes do que aquelas aquando da entrada dos novos residentes admitidos, que viviam independentemente na comunidade (Talerico, 2004).

No âmbito deste estudo, importa acrescentar três conceitos a considerar ao longo do desenrolar deste projecto, que se baseiam na terminologia da CIPE:

Stress por Mudança de Ambiente - *“é um tipo de coping com as características específicas: disposições que se tomam para gerir perturbações físicas e psicológicas que resultam da deslocação de um ambiente para o outro”* (CIPE, Versão Beta 2, 2002, p.51).

Adaptação - *“é um tipo de autoconhecimento com as características específica: disposição para gerir novas situações e desafios”* (CIPE, Versão Beta 2, 2002, p.50).

Crise - *“é um tipo de coping com as características específicas: disposição para gerir um ponto de viragem para melhor ou para pior - num acontecimento de perda ou stress, uma situação temporária de desequilíbrio, tensão, comunicações ineficientes, dificuldade na resolução dos problemas, no reconhecimento das mudanças e recursos e no reconhecimento ou utilização da rede de suporte externas; associada a acontecimentos de perda ou de stress como morte ou divórcio”* (CIPE, Versão Beta 2, 2002, p.50).

O idoso nesta fase do ciclo vital e perante o processo de institucionalização é assim confrontado com a necessidade de efectuar um conjunto de processos adaptativos. Neste contexto este projecto de investigação pretende explorar como são efectuados estes processos de adaptação.

O lar de cada pessoa, como uma unidade holística, sugere segundo Martins (2005), a importância de investigar e teorizar sobre o processo que liga os idosos ao seu lar, os problemas da manutenção do idoso na comunidade, o processo de separação que se verifica quando o idoso é institucionalizado, bem como a adaptação a um novo ambiente a que ironicamente chamamos “Lar”, mas que no mínimo implica um processo de apropriação, ligação e identidade relativamente longo, e quantas vezes penoso, até que possa de facto ser o “Lar” do idoso.

No estudo desenvolvido por Paúl (1997), referente a lares de idosos, revelou que a insatisfação com a casa em que habitavam ou a zona habitacional nunca foi motivo mencionado pelos idosos como causa da institucionalização. Por sua vez os problemas de saúde e a falta de recursos económicos foram evidentes inúmeras vezes nos discursos proferidos pelos idosos, sendo estes factores os que conduziram ao processo de institucionalização (Martins, 2005).

Um lar para idosos é segundo o Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, um estabelecimento que desenvolve actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Para além disso, são objectivos específicos, segundo Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, p.767, dos lares para idosos:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;*
- b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;*
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação interfamiliar;*
- d) Potenciar a integração social.*

De facto segundo DGAS, o lar de idosos, foi durante décadas, a única resposta social, cuja utilização exigia a institucionalização do idoso, que ali se mantinha geralmente até ao fim da sua vida.

Por sua vez e no que se refere ao funcionamento do lar, deve segundo Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998 (p.767), garantir e proporcionar ao idoso:

- a) A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;*

b) Uma alimentação adequada, atendendo, na medida do possível, a hábitos alimentares e gostos pessoais e cumprindo as prescrições médicas;

c) Uma qualidade de vida que compatibilize a vivência em comum com o respeito pela individualidade e privacidade de cada idoso;

d) A realização de actividades de animação sócio-cultural, recreativa e ocupacional que visam contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os idosos e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;

e) Um ambiente calmo, confortável e humanizado;

f) Os serviços domésticos necessários ao bem-estar do idoso e destinados, nomeadamente, à higiene do ambiente, ao serviço de refeições e ao tratamento de roupas.

Deve ainda e segundo o Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998 (p.767), permitir:

a) A convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com os familiares e amigos, com o pessoal do lar e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;

b) A participação dos familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psico-afectivo do residente;

c) A assistência religiosa, sempre que o idoso a solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares.

É fundamental segundo o Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998 (p.768), atender a indicadores de pessoal, para assegurar níveis adequados de qualidade no funcionamento do lar, sendo necessário, nomeadamente:

a) Um animador social em regime de tempo parcial;

b) Um enfermeiro por cada 40 utentes;

c) Um ajudante de lar por cada 8 idosos;

d) Um encarregado de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 idosos e empregadas da limpeza;

e) Um cozinheiro por estabelecimento;

f) Um ajudante de cozinheiro por cada 20 idosos;

g) Um empregado auxiliar por cada 20 idosos.

De facto e segundo o Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998, os indicadores referidos anteriormente podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de utentes de cada estabelecimento, sem prejuízo de ser em número suficiente para assegurar os cuidados necessários aos utentes nas vinte e quatro horas.

2. A ENFERMAGEM E O IDOSO: OS DESAFIOS

O envelhecimento populacional que hoje se verifica, enquadrado numa conjuntura social de constantes transformações, afigura-se como um desafio premente, com repercussões em várias áreas, onde a saúde está sem dúvida incluída (Dutra, 2009).

De facto Meleis e Trangenstein (1994, cit. por Abreu 2008b), sublinham que a disciplina de enfermagem está relacionada com o processo e com as experiências humanas de transição, no qual a saúde e o bem-estar podem ser considerados resultados de intervenção.

A importância de se considerarem os processos de transição para o saber e para a construção da disciplina de enfermagem reside segundo Meleis et al. (2000, cit. por Abreu 2008b), no facto das pessoas, ao vivenciarem determinadas transições, poderem estar mais vulneráveis aos riscos, os quais podem afectar a sua saúde e bem-estar. Os desafios que se colocam aos profissionais, ao lidarem com utentes a vivenciarem processos de transição, será segundo Schumacher e Meleis (1994, cit. por Abreu 2008b), a oportunidade de desenvolverem intervenções apropriadas às necessidades e estado de saúde dos utentes.

Para Abreu (2008b), os conteúdos do trabalho e os modos de intervenção dos enfermeiros são processos que interligam a vida dos sujeitos, as experiências sociais e os saberes constituídos. A experiência profissional, no decurso do trabalho clínico, constitui um processo de mediação entre o universo simbólico e autobiográfico do sujeito e o meio sociocultural (Abreu, 2008b). Num contexto de trabalho de proximidade, a vivência de processos de transição permite ao utente e ao profissional de saúde aceder a novos saberes de natureza cognitiva, processual, atitudinal e motora.

2.1.Compreender os Processos de Transição

Os acontecimentos de vida resultam em desconforto ou pressão para o sujeito, dado que significa descontinuidade face à situação anterior constituindo uma experiência de transição (Moreira e Melo, 2005).

No modelo desenvolvido por Nancy Schlossberg (1981, cit. por Moreira e Melo, 2005), defende que mais importante que a transição parece ser mais a forma como a transição corresponde ao estado, situação ou estilo de indivíduo no momento em que ocorre. Assumindo que a transição sucede quando *“um acontecimento ou não acontecimento resulta na mudança das assunções acerca de si próprio e do mundo, o que requer uma mudança correspondente em termos do próprio comportamento e das relações”* (Nancy Schlossberg 1981, cit. por Moreira e Melo, 2005, p.82).

A transição implica um período de descontinuidade em que se experimenta uma quebra de equilíbrio e consistência que rodeia o indivíduo, exigindo mudanças pessoais, que podem ou não ser efectivos. Por definição a transição acontece quando o indivíduo que experiencia a assume como tal, ou seja, se um certo acontecimento não revelar impacto significativo na pessoa, ou uma mudança nas suas assunções ou relações não se pode definir como transição. Assim sendo, a transição é definida pelo indivíduo (Moreira e Melo, 2005).

Em termos de impacto, segundo Moos e Tsu (1976, cit. por Moreira e Melo, 2005), a transição pode favorecer tanto uma oportunidade de crescimento psicológico, como constituir uma ameaça de deterioração psicológica. Os mesmos autores acrescentam ainda que se assiste a um movimento do indivíduo de um estado de preocupação total com esta nova fase da sua vida para a integração da transição, ou seja a adaptação.

Existem segundo Moos e Tsu (1976, cit. por Moreira e Melo, 2005), duas fases de adaptação à transição, a aguda na qual o indivíduo se centra na minimização dos efeitos do stress e a fase de reorganização quando o indivíduo encara e aceita a nova situação regressando de forma gradual ao funcionamento habitual.

No entanto ao considerarmos que a adaptação segue um certo padrão, não explicamos as diferenças entre os indivíduos em termos de facilidade ou porque o

mesmo indivíduo mostra diferenças neste processo durante o ciclo de vida. Acrescentam ainda que a adaptação parece depender do balanço percebido entre os recursos do indivíduo e os défices em termos de transição, bem como o pré e o pós contexto em termos de sentido de competência, bem-estar e saúde (Moreira e Melo, 2005).

A adaptação depende segundo Moreira e Melo (2005), de asserções do self e do seu contexto, principalmente da rede de relacionamentos antes e após a transição. Por outro lado existem segundo Nancy Schlossberg (1981, cit. por Moreira e Melo, 2005), três grupos de factores que podem mediar a relação entre a transição e a adaptação, que são nomeadamente, as características: da própria transição; do indivíduo e do ambiente pré e pós transição.

Estes factores actuam de forma interdependente e a saliência de qualquer um depende da fase de vida, percepção e recursos do indivíduo. No entanto, nas características da própria transição salientam que algumas transições de vida são esperadas, ou porque são inevitáveis ou porque resultam das decisões do indivíduo. Mesmo assim, qualquer transição conduz o indivíduo que a vivência a experienciar algum stress, independentemente das características se conotarem como ganhos ou perdas, afectivamente negativas ou positivas (Moreira e Melo, 2005).

No que concerne às características do ambiente pré e pós transição e relativamente ao sistema de suporte interpessoal apontam três tipos de suporte específicos que são as relações íntimas, unidade familiares e rede de amigos (Moreira e Melo, 2005). No que se refere às relações íntimas, estas conferem segundo os mesmos autores, confiança, suporte, compreensão e partilha, sendo um recurso fulcral durante as transições. Por sua vez, a unidade familiar, confere coerência, união, interesses comuns e afectividade, que facilitam segundo Hill (1965, cit. por Moreira e Melo, 2005), o processo de adaptação. A rede de amigos, constitui também um importante sistema de suporte social no processo das transições.

Existem ainda outros grupos importantes como suporte social, tais como organizações ocupacionais, grupos políticos, instituições religiosas, suporte comunitário (Moreira e Melo, 2005).

As dimensões do contexto físico destacam-se o conforto, privacidade e estética como contributos para gerar stress ou pelo contrário sentido de bem-estar e consequente grau de facilidade ao processo de transição. Os mesmos autores salientam que quanto às características do indivíduo, também é importante considerar no processo de transição, as competências psicológicas, o sexo, a identidade do papel sexual, os estádios de vida, o estado de saúde, as crenças e valores assim como as experiências passadas (Moreira e Melo, 2005).

As condições que conduzem aos processos de transição estão basicamente ligados a três tipos de transição: a desenvolvimental a situacional e a da saúde-doença as quais podem gerar instabilidade produzindo efeitos negativos e profundas alterações passageiras ou permanentes, deixando a sua marca no indivíduo. A relação enfermeiro cliente frequentemente ocorre durante períodos de instabilidade em qualquer dos três níveis citados (Zagonel, 1999).

A enfermagem, ao actuar nestas circunstâncias desenvolve o cuidado transicional em duplo movimento, em que os processos de transição geram alterações de saúde-doença e estes levam a transições. Em qualquer das situações as intervenções de enfermagem devem estar presentes. Neste sentido o enfermeiro deve direccionar a sua prática de cuidados para os aspectos que permeiam os eventos de transição no ciclo vital, fazendo ligações teóricas empíricas para enriquecer o conhecimento de enfermagem (Zagonel, 1999).

As transições são acompanhadas por uma ampla gama de emoções muitas das quais surgem pelas dificuldades encontradas durante a transição. Além do aspecto emocional o bem-estar físico é também importante, uma vez que o desconforto físico acompanha uma transição e pode inferir numa passagem bem sucedida. Considerando estes aspectos surge o cuidado de enfermagem voltado a uma maior sensibilização, consciencialização e humanização identificando no cliente factores que indiquem a transição com a finalidade de facilitar este eventos em direcção a uma transição saudável, emergindo, assim, o cuidado transaccional (Zagonel, 1999).

A transição tem uma característica essencialmente positiva, uma vez que a pessoa ao passar pelo evento alcança uma maior estabilidade e maturidade ao que passou. O cuidado de enfermagem considerando esses indicadores torna-se extremamente importante a partir do conhecimento de transição e suas

consequências ao indivíduo em todas as circunstâncias biopsicosocioculturais (Zagonel, 1999).

Os pressupostos básicos que devem acompanhar as estratégias de cuidado realizadas pelo enfermeiro a um cliente em transição inserem-se na sua compreensão a partir da perspectiva de quem a experiencia e na identificação das necessidades para o cuidado para essa abordagem. É necessário ainda considerar os factores que mediam os processos de transição, ou seja, os individuais, os ambientais e as terapêuticas de enfermagem e incluem as acções preventivas á transição e as estratégias de intervenção (Zagonel, 1999).

A transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança, antecipação do evento, a preparação para mover-se dentro da mudança a possibilidade de ocorrências múltiplas de transições simultaneamente (Zagonel, 1999).

A enfermagem, ao realizar o cuidado baseado no modelo de transição, estará a contribuir para aumentar as possibilidades de ajudar o individuo, não enfocando direccionando a sua intervenção apenas para a cura. O importante é garantir o suporte á pessoa em transição ajudando-a a proteger-se e a manter a sua saúde para o futuro. O objectivo da intervenção de enfermagem é cuidar os clientes adoptando condições que conduzam a uma transição saudável, considerando o ser em mudança como um ser holístico e integral (Zagonel, 1999).

O cuidado transaccional humano traz respostas à valorização do Ser uma vez que é o sujeito da acção do cuidado, não se limita a funções papéis ou tarefas. O cuidado está ligado de alguma forma a cada estadio de desenvolvimento humano favorecendo a maturidade, o crescimento, em busca de equilíbrio e estabilidade. O cuidado transaccional não é algo definível, palpável, visível, não é algo que se possa reduzir a uma simples definição mas surge da consciencialização da enfermagem ao desvelar a compreensão do cliente enquanto vivencia o processo transicional (Zagonel, 1999).

A transição permeia todos os momentos da vida, todavia estes necessitam de ser enfrentados através de comportamentos que possibilitem o cuidado individualizado a cada situação vivenciada. O cuidado é o cuidado com a preocupação as etapas transaccionais do ser, exposto a todas as suas possibilidades (Zagonel, 1999).

2.2.Promoção do Autocuidado e dos Processos Adaptativos

A necessidade de cuidados das pessoas dependentes e idosas aumentaram e continuaram a aumentar nos próximos anos em consequência de vários factores, dos quais se destacam segundo Sequeira (2010, p. 6), os seguintes:

- *O envelhecimento demográfico da população, com o crescimento acentuado dos idosos com mais de 80 anos, por alguns denominada de “quarta idade” (grupo de pessoas onde se concentra a maior parte das situações de dependência);*
- *O aumento da esperança de vida - maior longevidade;*
- *Os progressos da Medicina - maior sobrevivência de pessoas com doenças e acidentes graves;*
- *As dificuldades de apoio informal em função da alteração dos modelos de família e da incorporação da mulher no mercado de trabalho.*

Por outro lado a WHO (2002, cit. por Sequeira, 2010), refere que o envelhecimento bem-sucedido/activo, determina os conceitos centrais para a Gerontologia. Neste contexto, o bem-estar e a qualidade de vida constituem segundo Paúl (2005, cit. por Sequeira, 2010), indicadores de uma adaptação bem sucedida.

Importa assim criar segundo Rodrigues (2002, cit. por Martins, 2005), um novo modelo de desenvolvimento, uma maior prioridade à política social como elemento desse modelo, a abertura a novos valores em especial à solidariedade, a práticas profissionais institucionais com maiores níveis de co-responsabilidade, coordenação e interdisciplinaridade, bem como a mobilização dos recursos necessários à efectivação dos direitos e das aspirações dos idosos.

Estudos realizados por Rodrigues et al., 2000; Teixeira, 2000; Rosa et al., 2003, cit. por Júnior e Tavares (2005), demonstram uma maior preocupação com o envelhecimento populacional, especialmente em países em desenvolvimento, nos quais este fenómeno ocorre no contexto de grande desigualdade social. Nestes países, o aumento de idosos acontece de forma muito rápida, sendo estimado segundo a WHO (1998, cit. por Júnior e Tavares, 2005), que em 2025 entre os dez com maior número de idosos, cinco serão países em desenvolvimento.

O idoso institucionalizado constitui quase sempre, um grupo privado de seus projectos, pois encontra-se afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Pode-se associar a essa exclusão social as marcas e sequelas das doenças crónicas não transmissíveis, que são os motivos principais de seu internamento em lar (Júnior e Tavares, 2005).

A longevidade é uma realidade dos tempos actuais, porém acarreta a necessidade de adaptação pelas perdas que vão ocorrendo ao longo do ciclo vital. Viver mais significa ver os seus entes queridos serem tirados do convívio pela morte, pela mudança para lugares longínquos ou pelo distanciamento que a vida moderna provoca, com o seu individualismo e hedonismo (Bessa e Silva, 2007).

Assim, o idoso vê-se compelido a reconstruir os seus vínculos, a buscar formas de viver o seu quotidiano, sem contar com as redes de apoio familiar. O idoso pode ser forçado a aprender a conviver com pessoas totalmente desconhecidas, após uma longa trajectória de vida convivendo com aqueles que mantinha laços de amizade e consanguinidade, deixando para trás o seu estilo de vida pessoal e de viver o seu quotidiano (Bessa e Silva, 2007).

Residir no lar, leva o idoso a ter de restabelecer a vida na sua integridade, o que, para quem vivência o envelhecimento pode ser um evento complexo (Bessa e Silva, 2007). Os mesmos autores acrescentam que, culturalmente uma institucionalização num lar é por um lado, rejeitada socialmente pelo simbolismo que carrega e por outro lado, está cada vez mais a ser uma alternativa de quem ficou sem condições de vida de forma autónoma.

Carvalhais e Sousa (2007, cit. por Bergamo et. al, 2009), referem que o risco da institucionalização em situações agudas e crónicas aumenta na velhice, evidenciado pelas multi-patologias e, a manutenção da saúde é uma das principais preocupações e desafios para os idosos, suas famílias e profissionais de saúde de forma a desencadear uma crescente vulnerabilidade e maior probabilidade de morte, constituindo, quase sempre, um grupo privado de seus projectos, pois encontra-se afastado da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais a sua história de vida foi construída.

Em associação, temos a mistificação do ser humano quanto ao processo do envelhecer na sociedade contemporânea, desencadeando uma vulnerabilidade social, no desígnio do idoso como um ser ausente do círculo social, papel social

pouco reconhecido, principalmente quando está submetido à institucionalização de longa permanência (Bergamo et. al, 2009).

Esta realidade traz implicações para a enfermagem uma vez que o enfermeiro mobiliza tempo e esforço para prestar uma assistência que compreenda as relações macro e micro-sociais existentes, de forma integral e complexa, visando amenizar os desafios impostos por tal condição de vida que a institucionalização proporciona aos indivíduos e de como esta interfere com a sua independência no auto cuidado e projecto de vida.

2.3.Promover uma Enfermagem de Proximidade

Os enfermeiros têm um papel fulcral, ao ajudar os clientes a mobilizar as suas potencialidades de acordo com o seu estado de saúde/doença (Ávila, 2009). Para Collière (1999, cit. por Ávila, 2009, p.18):

“acção de enfermagem situa-se, para um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente”.

Os cuidados de proximidade permitem uma maior humanização dos cuidados em geral, traduzindo-se em cuidados especiais e permitindo dar respostas mais adequadas à complexidade dos problemas e necessidades da pessoa idosa (Ávila, 2009).

Em enfermagem, os cuidados de proximidade assumem especial relevância. A actual complexidade e dinâmica dos cuidados, causada, entre outros aspectos, pelos constantes avanços científicos e tecnológicos no campo da saúde e medicina e, por conseguinte, o aumento da esperança de vida, veio pôr em evidência alguns problemas relacionados com a velhice. Viver mais não significa necessariamente viver melhor (Ávila, 2009).

À semelhança do que acontece nos restantes domínios da actividade social e profissional, o campo da saúde vive mutações importantes decorrentes da revolução tecnológica e informativa acelerada, que marca este século. Assim, também os cuidados de enfermagem tendem a adaptar-se de forma a progredir no

tempo, melhorando assim o desempenho dos enfermeiros e a consequente prestação de cuidados (Ávila, 2009).

Para Collière (1999, cit. por Ávila, 2009), cuidar é um acto individual que prestamos a nós próprios, desde que adquirimos autonomia mas é, igualmente, um acto de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais.

Em enfermagem o cuidar reside na relação interpessoal do enfermeiro com a pessoa, ou do enfermeiro com um grupo de pessoas, famílias ou comunidade (Ávila, 2009). Esta interacção leva segundo Moniz (2003, cit. por Ávila, 2009), à compreensão do outro na sua singularidade, permitindo estabelecer diferenças entre as pessoas e, assim, a prestarem-se cuidados de enfermagem de forma individualizada.

Os cuidados de enfermagem são assim entendidos como um processo interactivo entre uma pessoa que tem necessidade de ajuda e uma outra capaz de lha oferecer. Este último papel é assumido pelo enfermeiro que, como forma de se habilitar para ajudar a outra pessoa, precisa de clarificar os seus próprios valores. Isso permite-lhe usar a sua própria pessoa de modo terapêutico e comprometer-se nos cuidados que presta (Ávila, 2009).

Assim, o processo de cuidar é entendido como um conjunto de interacções com a finalidade de melhorar ou manter as potencialidades do indivíduo no seu processo saúde/doença (Ávila, 2009). Este processo desenvolve-se segundo o mesmo autor por fases, variáveis em função de cada um dos autores, contudo sobreponíveis. Durante todo o processo é essencial a manutenção da integridade da pessoa e ter em consideração que esta é capaz de reconhecer as suas necessidades, e que tende para a actualização.

Por outro lado, Amendoeira (1999, cit. por Ávila, 2009), considera o processo de cuidados como um processo de interacção, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhes permitem fazer o diagnóstico e planeamento do cuidado, que ele próprio executa. De facto, existe um aspecto consensual: é o que o ser humano (qualquer que seja a designação de cada autor) é central para a enfermagem.

Meleis (2000, cit. por Ávila, 2009, p.47), refere que:

“no contexto da enfermagem, a pessoa é definida como ser activo que tem percepções decorrentes do processo saúde/doença e às quais atribui significados que estão relacionados com factores pessoais (sentido atribuído, aspectos culturais e atitudinais, estatuto económico, preparação e conhecimento, condições comunitárias e sociais)”.

Quaisquer que sejam os fenómenos inerentes ao ser humano e ao ambiente, estes são de primordial importância para a enfermagem, na medida em que facilitam um maior conhecimento geral e específico sobre o utente, as suas capacidades, necessidades e potencialidades (Ávila, 2009).

Os cuidados aos idosos revestem-se de uma complexidade com características próprias e específicas, pelo que devem ser dirigidos ao idoso de forma holística. Para Berger e Mailoux-Poirier (1995, p.14) “ *a filosofia de intervenção que suporta a assistência de enfermagem é o respeito pelo idoso em toda a unicidade, na totalidade do seu ser*”. Por seu turno, Hesbeen (2001, cit. por Ávila, 2009, p.49), considera que:

“Cuidar da pessoa, constitui um todo coerente e indivisível no qual todos os componentes se interligam, se interrelacionem e no qual o que é importante e o que é secundário depende da percepção da própria pessoa que é cuidada e em função do sentido que este todo faz para a singularidade da sua vida”.

Embora a noção de cuidados em geriatria venha a evoluir lentamente, o acentuado envelhecimento da população veio introduzir maior celeridade neste processo e, hoje, cuidados geriátricos comungam a filosofia dos cuidados de longa duração: a continuidade, a abordagem integrada, a participação do cliente (Ávila, 2009). O cuidar em enfermagem está segundo Watson (2002, cit. por Ávila, 2009), relacionado com a resposta humana intersubjectiva às condições de saúde-doença e das interações pessoa-ambiente; um conhecimento processo de cuidados de enfermagem: um auto conhecimento, um conhecimento do poder pessoal e limitações para negociar.

Entende-se, perante a sociedade actual, na qual a tecnologia e a ciência estão em grande evolução, surgirem novas necessidades de prestação de cuidados, fazendo despertar para a existência de uma sociedade envelhecida.

Por vezes este facto conduz os idosos à institucionalização, onde a enfermagem assume um papel fulcral, tendo para isso que aumentar o seu leque de competências para garantir a qualidade na prestação de cuidados aos idosos institucionalizados.

De facto, esta realidade tem que ser conhecida, para que possam ser obtidas informações sobre os modos de promover, prevenir, tratar e reabilitar esta faixa etária. O ser humano é o centro da actividade de enfermagem, assim sendo é fundamental a promoção de uma enfermagem de proximidade, com o idoso para melhor planear de intervenções adequadas a este contexto.

3. METODOLOGIA DO ESTUDO

A metodologia da investigação reporta-se, *“ao conjunto de meios e de actividades próprias que dão resposta às questões da investigação ou para verificar as hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual”* (Fortin 2009, p.213). Reveste-se ainda de um carácter concreto, pois comportou a escolha do desenho apropriado ao problema da investigação, o recrutamento dos participantes e o assegurar a credibilidade dos resultados (Fortin 2009).

Para a concretização dos objectivos desta investigação, optou-se por efectuar um estudo do tipo qualitativo, dado que se pretendeu a interpretação de fenómenos e a atribuição de significado das vivências no processo de transição dos idosos institucionalizados. A opção por este tipo de estudo considerou-se ser o mais adequado para a concretização dos objectivos delineados, pretendendo-se analisar os resultados obtidos indutivamente e apresenta-los de forma descritiva.

Este estudo foi ainda do tipo exploratório, dado que na perspectiva de Fortin (2009), se desejou uma maior familiaridade com o problema, recorrendo às técnicas de observação com recurso à entrevista individual permitindo, desta forma, obter uma visão subjectiva e pessoal dos idosos. É também um estudo transversal uma vez que possibilitou medir a frequência da aparição de um acontecimento ou de um problema numa população num dado momento (Fortin, 2009).

3.1. Questões Orientadoras

Segundo Fortin (2009), a definição das questões e dos objectivos, da investigação, decorrem do problema de investigação e do seu quadro conceptual. Assim sendo, no que se reporta às questões de investigação definidas para este estudo e de modo a que sejam o reflexo dos objectivos definidos, evidenciaram-se as seguintes:

- Qual a percepção do idoso no processo de institucionalização?

- O que é importante para o idoso no processo de institucionalização?
- Serão os mecanismos de defesa importantes para o idoso na sua institucionalização?
- Qual o impacto da experiência vivida pelos idosos na institucionalização?

3.2.Objectivos da Investigação

Na condução de uma investigação o investigador é orientado para determinar os objectivos operacionais do estudo. Estes serão definidos e dependem da natureza dos fenómenos e das variáveis presentes, bem como das condições de maior ou menor controlo em que a investigação ocorre (Freire e Almeida, 2000).

De facto, o objectivo da investigação determina segundo Almeida (1998, cit. por Vilelas 2009), o que o investigador quer atingir com a realização do trabalho de investigação.

Neste contexto, no que diz respeito aos objectivos geral e específicos, para este estudo foram definidos os seguintes:

Objectivo Geral: Conhecer sob o ponto de vista do idoso qual é a sua percepção sobre a institucionalização.

Objectivos Específicos:

- Reflectir sobre a institucionalização do idoso;
- Conhecer a importância dos processos adaptativos dos idosos á institucionalização;
- Descrever os mecanismos de defesa dos idosos na institucionalização;
- Explorar a experiência vivida pelos idosos institucionalizados.

3.3. Contexto e Participantes

O presente estudo realizou-se em três lares de idosos, dois situados na zona do Porto e um na zona de Vila Nova de Gaia. A opção pela escolha das referidas instituições prendeu-se com o facto de permitir ao investigador uma maior facilidade de acesso geográfico.

De uma população de 40 idosos foram seleccionados dez idosos que correspondessem os critérios de inclusão, nomeadamente: mais de três meses de institucionalização; idade compreendida entre os 65 e 80 anos; capacidades cognitivas; livre espontânea vontade de participar no estudo. Por outro lado constatou-se a complexidade do conteúdo e extensão das entrevistas para a técnica de tratamento de informação pretendida quando efectuado o pré-teste de validação do guião de entrevista. Com esta evidência, não seria possível realizar a investigação no tempo pré-determinado para a realização deste trabalho. Por este facto optou-se por incluir neste estudo apenas dez idosos.

Salienta-se ainda que do universo de participantes foram excluídos idosos que não perceberam os objectivos do estudo, mesmo depois da explicação por parte do investigador.

Os participantes foram seleccionados de forma accidental, não aleatório. O número de participantes foi condicionado pela saturação da informação obtida, assim sendo a população estudada foi constituída por dez idosos (cinco institucionalizados nos Lares da Zona do Porto e cinco na Zona de Vila Nova de Gaia). Ao efectuar a selecção dos idosos utilizou-se uma estratégia sequencial de forma a conseguir uma proporção equitativa de idosos entre as duas zonas geográficas garantindo assim a não influência no conjunto global dos resultados.

Na tabela 1 apresentam-se os dados de caracterização sócio-demográfica da população estudada.

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica dos participantes

	N=10	%
SEXO		
Feminino	9	90%
Masculina	1	10%
FAIXAS ETÁRIAS		
65-75 anos	2	20%
75-85 anos	5	50%
≥ 85 anos	3	30%
ESTADO CIVIL		
Solteiros	2	20%
Viúvos	7	70%
Divorciados	1	10%
TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO		
6 meses	1	10%
1 ano	4	40%
2 anos	2	20%
3 anos	2	20%
6 anos	1	10%
ESCOLARIDADE		
Analfabeto	4	40%
2. ^a Classe	1	10%
4. ^a Classe	4	40%
Licenciado	1	10%

De acordo com a tabela 1, os participantes são predominantemente do sexo feminino. A idade varia entre 65 a 91 anos, com média de 80,6 anos ($DP=8,74$). A faixa etária predominante são idosos médios, ou seja situa-se segundo Stuart e Laraia (2001) entre os 75 e 85 anos. Relativamente ao estado civil, 7 (70%) idosos são viúvos, 2 (20%) solteiros e 1 (10%) divorciado. Quando ao tempo que estão institucionalizados varia entre o 6 meses a 6 anos. Sendo a moda de um ano correspondente a 4 (40%) idosos. Com 3 anos 2 (20%) idosos e em igual percentagem 2 anos. Registou-se ainda 1 (10%) idoso com 6 meses de institucionalização e em igual percentagem com 6 anos.

3.4. Técnicas de Recolha de Informação

Como técnicas de recolha de dados, utilizaram-se os métodos da observação não estruturada e a entrevista pessoal semi-estruturada baseado no guião da entrevista (Anexo I).

Observar cientificamente é perceber activamente a realidade exterior com o propósito de obter dados que previamente foram definidos como fundamentais para a investigação (Fortin, 2009). Assim, através do uso deste método de recolha de dados, seleccionar, provocar, registar e codificar um conjunto de comportamentos e ambiente que estão relacionados com os objectivos do estudo de investigação.

A entrevista foi outro método de recolha de dados. Segundo Fortin (2009), é o principal método de recolha de dados nos estudos qualitativos. Compreendeu as três funções descritas pelo autor, onde importa salientar e destacar para este estudo de investigação a que constituiu o pressuposto basilar do mesmo, nomeadamente: *“examinar conceitos e compreender o sentido de um fenómeno, tal como ele é percebido pelos participantes”* (Fortin 2009, p. 375).

De entre os vários tipos de entrevista, a que pareceu mais adequada ao estudo a desenvolver foi a semi-dirigida, uma vez que esta é *“a que dá melhor resposta quando o investigador quer compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno vivenciado pelos participantes no estudo”* (Fortin 2009, p.376). Acrescente-se ainda que a entrevista semi-dirigida *“fornece ao respondente a ocasião de exprimir os seus sentimentos e as suas opiniões sobre o tema tratado, sendo o propósito compreender o objectivo do respondente”* (Fortin 2009, p.377).

De modo a validar o critério de inclusão capacidades cognitivas dos idosos, foi aplicado o Mini-Mental State Examination (MMSE, Folstein, Folstein e McHugh, 1975) (Anexo II); que segundo Calixto e Martins (2010) é utilizado para avaliação neuropsicológica breve e foi adaptado para a população portuguesa por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, em 1993. Este instrumento é o mais utilizado mundialmente, possuindo versões em diversas línguas e países. No presente estudo aplicou-se a 40 idosos o MMSE, sendo que só 20 tinham scores para poder ser incluídos nos critérios de inclusão deste estudo.

Responderam ao guião de entrevista os idosos que não apresentaram alterações do estado cognitivo, ou seja, para os analfabetos o score no MMSE teve de ser maior que 15 pontos; nos idosos com 1 a 11 anos de escolaridade o score teve de ser maior que 22 pontos e nos idosos com escolaridade superior a 11 anos o score teve de ser maior que 27 pontos.

Os resultados obtidos na aplicação do MMSE variou entre 23 e 30 pontos, com uma média de 26,6 pontos, desvio padrão de 2,59 e moda de 28 pontos.

Para a concretização das entrevistas, foi elaborado previamente um guião de entrevista (Anexo I), onde se pretendeu perceber as representações que os idosos têm sobre o processo de adaptação à institucionalização. O guião foi constituído por quatro partes, sendo que na primeira parte se efectuou a apresentação do investigador, assim como os objectivos e explicação do estudo de modo a obter posteriormente o consentimento informado. A segunda parte remete-se à caracterização da instituição onde foi realizado o estudo, assim como da população (através de dados sociodemográficos: sexo, idade, estado civil, ano de escolaridade - em anos). A terceira parte permitiu determinar as capacidades cognitivas dos participantes, através da aplicação do MMSE, como já referido anteriormente.

A quarta parte continha as questões orientadoras da entrevista, sendo estas fundamentalmente de carácter aberto permitindo assim ao idoso falar espontaneamente sobre o processo de adaptação à institucionalização. Assim foi dada a oportunidade ao idoso de expressar os sentimentos e para o investigador foi momento privilegiado de recolha de informação não verbal que enriqueceu todo o processo de recolha de dados.

O guião de entrevista inclui os seguintes blocos:

- Bloco 1 - Introdução e Legitimação da Entrevista;
- Bloco 2 - Caracterização da Instituição e da população;
- Bloco 3 - Aplicação da Escala de Mini-Mental State Examination (MMSE);
- Bloco 4 - Questões Orientadoras da narrativa.

De modo a cumprir as fases e os pressupostos da investigação, antes de proceder à recolha de dados foi solicitada a autorização às respectivas instituições onde se realizou o estudo de investigação, assim como o consentimento informado por parte dos entrevistados (Anexo III).

A recolha de dados foi efectuada pelo investigador, em contacto presencial com os idosos residentes nos lares.

3.5.Procedimentos

As entrevistas foram realizadas nos lares onde o idosos residiam, dado que se reconheceu que o facto dos idosos permanecerem no meio habitual, os resultados da entrevista seriam mais adequados, porque o comportamento humano pode ser influenciado pelas mudanças dos contextos. A programação das entrevistas foi realizada de acordo com as disponibilidades dos donos dos lares, assim como se teve em conta a aceitação dos participantes e as rotinas dos idosos no lar. A realização das entrevistas ocorreu durante o mês de Julho de 2011.

Nos lares solicitou-se aos seus proprietários a possibilidade das entrevistas serem realizadas num local calmo, privado, sem que existisse possibilidade de interrupção durante a sua realização.

As entrevistas foram gravadas em fita magnética, tendo existido no início de cada uma o cuidado de fazer o enquadramento do estudo, os seus objectivos e finalidade. Cada entrevista demorou em média quarenta minutos e todas elas decorreram apenas na presença do investigador e do entrevistado.

Após a gravação, cada entrevista foi transcrita para texto em programa Microsoft Office Word 2007 e efectuada análise de conteúdo, estando atentos à repetição de informação e à saturação dos dados.

Após leitura das entrevistas, emergiram inferências, de modo a explicar as mensagens que os idosos responderam. Todas as inferências que pudessem identificar os participantes foram eliminadas e todo o conteúdo de análise com pertinência para o presente estudo foi codificado. Assim cada entrevista foi designada por “*Entrevista*” e atribuído um número de 1 a 10.

Após a codificação, procedeu-se à identificação de áreas temáticas que foram devidamente categorizadas, estavam orientadas pelo guião de entrevistas e ao conjunto de informação que foi entretanto obtido da leitura das entrevistas efectuadas.

3.6.Tratamento e Análise de Dados

A análise de conteúdo, segundo a definição de Bardin (2002, p.9) é *“um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais úteis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a discursos”*.

Esse método aplica-se ao discurso, ou seja, a tudo que transmite uma mensagem. Pode ser aplicado em entrevistas, matérias de jornais, em imagens de filmes, enfim, qualquer forma de comunicação, seja verbal ou não-verbal (Bardin, 2002).

Esse processo pode ser dividido, segundo (Bardin, 2002) em três fases.

A primeira é a pré-análise que consiste em estipular um programa de acção, ou seja, organizar documentos de análise, formular as hipóteses e objectivos que baseie a interpretação final que consistiu na transposição das entrevistas de suporte em gravação para suporte de papel.

A segunda fase consiste na exploração do material de análise. Nesse momento, o que foi feito na pré-análise é aprofundado, codificado em função de definições previamente estabelecidas, que consistiu na leitura aprofundada das entrevistas emergindo delas os aspectos relevantes para a análise.

O último momento é a interpretação dos resultados obtidos. Nessa fase permite-se estabelecer resultados, descobertas através das informações obtidas pela análise.

Atendendo ao paradigma do estudo de investigação que se pretende desenvolver, a análise de dados será efectuada através do método de análise de conteúdo. Uma vez que este método abrange as iniciativas de explicação, sistematização e expressão do conteúdo de mensagens, com a finalidade de se

efectuarem deduções lógicas e justificadas a respeito da origem dessas mensagens.

Da análise das entrevistas realizadas, emergiu um conjunto de grandes áreas temáticas nomeadamente: 1 - Atitude do idoso face à institucionalização; 2 - Expectativas do idoso; 3 - Realidade da institucionalização: a adaptação; 4 - Aspectos que enquadram a institucionalização e 5 - Que impacto para o idoso.

Estas grandes áreas temáticas que se condensaram, resultou um conjunto de categorias, onde se apresentam os dados relevantes para dar resposta às questões de investigação.

3.7.Considerações Éticas

A realização de um trabalho de investigação, implica sempre uma pesquisa, o que induz por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas. Para Fortin (1999) cit. por Vilelas (2009, p. 371) a ética *“é a ciência da moral que regula a nossa postura e comportamento. Ou seja, é um prejuízo filosófico, acerca do que é correcto, baseado em princípios usados para justificar acções e resolver problemas”*.

Por sua vez, para Fortin (1999, cit. por Vilelas, 2009, p. 372) a ética é o *“conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta”*.

Dada a importância destes princípios éticos, conforme sugerem Polit, Beck e Hungler (2004), considero importante enunciar os domínios que nortearão a conduta desta investigação:

- Clarificar os benefícios e prejuízos da participação no estudo;
- Enfatizar o carácter voluntário da participação;
- Assegurar a dignidade dos participantes e o respeito com que serão tratados;
- Assegurar a confidencialidade dos dados;
- Assegurar o consentimento informado dos participantes.

O princípio legal que garante os procedimentos de protecção dos direitos humanos básicos é o consentimento informado. O consentimento informado significa, segundo Polit e Hungler (1997, cit. por Streubert e Carpenter, 2002, p.39):

“que os participantes possuem a informação adequada no que se refere à investigação; são capazes de compreender a informação; têm a capacidade de escolher livremente, capacitando-os para consentir ou declinar voluntariamente a participação na investigação.”

Neste sentido, nesta investigação foi formalizado o consentimento informado através da assinatura de um documento, por parte do investigador e de cada um dos participantes na investigação (Anexo IV).

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

1. ATITUDE DO IDOSO FACE À INSTITUCIONALIZAÇÃO

Neste capítulo pretende-se fazer referência acerca do impacto que a institucionalização causa no idoso, assim como as atitudes que os idosos referiram aquando da recolha de dados.

O sucesso da institucionalização do idoso irá depender de uma panóplia de factores que estão relacionados essencialmente com a capacidade dos idosos se tornarem cada vez mais actores principais de todo este processo e em simultâneo com a mudança de mentalidades dos responsáveis pelas instituições. Acrescenta-se ainda o reconhecimento dos idosos como seus parceiros e, em suma, encará-los como clientes que possuem os seus desejos e as suas ambições (Almeida, 2008).

Os idosos que participaram no estudo foram questionados relativamente aos motivos que conduziram à sua institucionalização. Da análise das entrevistas emergiram os domínios que permitem compreender para a atitude do idoso face à institucionalização.

No que concerne ao domínio “*motivos da institucionalização*”, surgiu da pesquisa que estes estão relacionados com a condição de vida, sendo esta relativa ao estado civil (viuvez), constituírem família sem filhos, ou pelos familiares do idoso não terem condições de espaço habitacional ou relacionado com o papel social (trabalhadores activos) que os impedem de cuidarem dos seus familiares idosos.

Apresentam-se seguidamente os discursos proferidos pelos idosos que validam a categoria a *razões familiares*:

Os meus filhos não podiam estar a olhar por mim... Não tinham espaço para mim.
(Entrevista 1)

Tinham que me ajudar a deitar, tinham que me ajudar a levantar, e começou aí... pronto, compreende, comecei aí a ver e a notar que eu era um peso para eles. A minha filha, claro que ela queria sair e fechar a portinha dela, queriam ir para aqui e para acolá e não podiam, pronto... Depois a minha filha tem um feitiço e eu tenho outro. (Entrevista 2)

..oh mãe eu não posso tomar conta de você porque eu tenho que ganhar para mim e para a minha filha. (Entrevista 4)

Eu estive algum tempo em casa da minha cunhada, mas como tinha a minha casa, ela achava que eu não tinha necessidade de estar lá e ela estar a olhar por mim, até quando foi isso ela estava a trabalhar. Tenho a minha irmã mais nova. E eu passava lá a tarde e ele (cunhado) vinha-me trazer à noite, que eu não tenho lá onde ficar, que eles fizeram uma casinha só para os dois. O meu irmão está acostumado a estar à vontade dele, se está a ver televisão, a ver o relato ou outra coisa qualquer e acaba por adormecer. (Entrevista 5)

Tenho de arranjar uma pessoa que olhe por mim que eu nunca tive filhos. (Entrevista 6)

A decisão de vir para o lar, foi as minhas irmãs que tomaram, elas não podiam ficar comigo. As minhas irmãs dizem que foi pelas circunstâncias, não podiam ficar comigo, teve de ser, não me podiam lá ter, dizem elas. (Entrevista 7)

Após a morte dos meus pais e da minha irmã com quem vivia, precisava de descansar. Como já estava reformada, cerca de 5 anos e vivia sozinha, não queria ser um peso para os meus familiares. É uma carga muito pesada para a minha família, se ainda ia eu para lá ainda era pior. (Entrevista 10)

Da análise do discurso dos idosos emerge que as razões familiares referidas foram: os filhos não terem condições socioeconómicas de sustentação económicas dos idosos, não serem capazes de suportar a sobrecarga dos cuidados ao idoso e falta de plataforma de retaguarda de assistência por inexistência de referências familiares.

Quanto à categoria *estado de saúde* foi também uma categoria que emergiu da análise das entrevistas.

Eu cai na altura lá em casa e ofendi a bacia, fiquei muito magrinha e depois vim para aqui... (Entrevista 1)

Dei uma queda e fiquei mesmo sem me poder movimentar da cadeira para a sanita, da sanita para a cadeira. Porque eu como tenho incontinência urinária e não seguro as urinas. (Entrevista 2)

Eu andava e estava em minha casa, nunca me esquece, quando vou cantar até tenho lágrimas nos olhos, eu gostava de cantar muito mas não era cantar fados, mas gostava de cantar assim nas desgarradas e eu gostava muito mesmo quando ia

às excursões e tudo e eu gostava muito de cantar e estava de cantar e ainda sei eu canção andava a cantar quando me deu o AVC. A médica disse que eu não estava em modos de ir para casa e estar sozinha, que eu não podia estar sozinha... eu podia cair...ela proibiu-me de andar nas vias ... nos passeios, se eu fraquejar e der assim com a cabeça no muro ou assim...

Era bom arranjar um lar para a sua mãe porque ela tem que estar bastante em silêncio, e onde está pessoas que tem de olhar por ela, porque ela não se pode vestir, ela não se pode vestir, ela não se pode lavar sozinha, nadinha, nadinha, nadinha, nadinha, nadinha. (Entrevista 4)

Além de que iria ser uma preocupação para os meus irmãos eu ficar sozinha e depois como eu ando no psiquiatra, ainda ia ser pior. (Entrevista 10)

Os discursos relativos à categoria *condição de vida* (viver só/viuvez) são notórios nos excertos que se seguem:

Eu fui-me muito abaixo com a morte do meu marido e fiquei sozinha... (Entrevista 1)

O que me fez vir para o lar foi o estar sozinha em casa. (Entrevista 2)

Vivia com a minha nora muito feliz naquela casa, mas ela, a filha também casou e foi para Espanha...e eu fiquei sozinha. Eu não gosto, tenho medo à solidão, e vou assim, eu antes quero ir para um lar. E então fui, vim para aqui. (Entrevista 3)

Eu vim para cá... uns anos depois que fiquei viúva... Vivi numa casa sozinha, alugada... e ia estando sozinha. Depois eu comecei a passar os anos, a passar, a passar e a minha cunhada disse: Vamos ver se arranjam um lar porque não pode estar sozinha, assim tanto tempo sozinha. Deveu-se ao facto de eu dizer que estava a ficar muito idosa, não é, passavam os anos e não tinha ninguém que olhasse por mim. Estava mesmo sozinha. (Entrevista 5)

Estava sozinha e comecei a ficar assim um bocado chateada desta situação. (Entrevista 6)

Eu era muito muito assim muito envergonhada, sabe tímida, pouco vivida e afastava quem se aproxima-se. Com essa coisa de ser sempre tímida, saía pouco sabe, depois as minhas irmãs estavam casadas e eu fiquei sozinha. Foi esse o motivo e mais nenhum. (Entrevista 7)

Porque não tinha ninguém que estivesse ao pé de mim. (Entrevista 8)

Eu preferia ficar lá em casa, não há nada como a nossa casa... mas fiquei viúvo. Foi um a facada da família. Os meus filhos tinham medo que eu ficasse sozinho, que me desse qualquer coisa. (Entrevista 9)

Viver sozinha não me pareceu bem e vim para aqui. (Entrevista 10)

Associa-se ainda, o crescente aumento da criminalidade que atinge a sociedade, principalmente os grupos mais vulneráveis onde os idosos são alvos fáceis. Esta realidade foi possível constatar nas seguintes entrevistas:

Gostava muito da minha casa que ainda hoje tenho saudades dela... o que me deixou foi que de noite trepavam-me á porta... (Entrevista 6)

Até uma altura eu vivia bem e dava-me bem, fazia a minha vida normal, mas depois comecei a ter medo de estar sozinha em casa, eu saí de lá de casa e passado um mês assaltaram a casa, roubaram-na, levaram tudo. (Entrevista 7)

Por outro lado, as *condições de vida de habitação* dos idosos conduzem a condições insustentáveis de vivência no que concerne à sua qualidade de vida. As políticas sociais que não protegem quer os proprietários quer os residentes idosos não permitindo qualidade às suas casas, levando-as a um estado de degradação que as torna inabitáveis, forçando assim a institucionalização do idoso.

Eu já vivia nesta casa há cinquenta e tal anos. E depois a casa era muito velha, como eu fiquei sozinha e chovia lá muito, a casa foi-se degradando, o senhorio não fazia obras. Não tinha condições... o senhorio não mandava arranjar, se ainda mandasse ajeitar o telhado e se não chovesse, eu ainda ficava lá, agora assim a entrar a água pela casa dentro, não tinha jeito nenhum. (Entrevista 1)

Outras vezes a dificuldade do idoso na *gestão do seu património*, vê na institucionalização, não só uma desresponsabilização como uma segurança do património.

E dei a casa à minha neta, porque estava em casa da minha filha e digo assim para que é que hei-de estar com preocupações com o condomínio, e disto, e daquilo e daqueloutro... vou-lhe dar a casa. (Entrevista 3)

Esse meu irmão como achou que eu recebi algum dinheiro da casa, para mim era interesseiro, queria que fosse para lá, que eu fosse para lá, que lhe desse o dinheiro todo, deu mesmo entenderes disso, e ele passava a ser o meu tutor, e eu percebi isso e disse sempre à minha cunhada olhe que eu quero ir para um lar. **(Entrevista 5)**

Todo o Ser Humano tem direito a ser parte integrante nas decisões que contribuam para o seu projecto de vida. Nos participantes do estudo foi possível verificar que o recurso à institucionalização é muitas vezes tomado por vontade própria.

Eles queriam que eu viesse para um lar, a minha vontade, no fundo também já era essa porque vi neles, pronto, havia sempre aqueles, mais até com a minha filha, quando ela me ia levantar ou deitar, tinha sempre de responder. **(Entrevista 2)**

A minha cunhada disse-me sempre: Vai ter que ir para um lar, não está bem aqui sozinha, sem ter companhia nenhuma, sem ter ninguém que a ajude; e eu, e eu aceitei sempre, e a minha cunhada fez os possíveis e até os impossíveis para me arranjar um lar onde me satisfez. **(Entrevista 5)**

Quero ir para um lar. Pensei que não queria estar em casa sozinha então comecei a procurar de um lar. **(Entrevista 6)**

Mas eu fui sempre muito tímida e muito direitinha e pronto foi o motivo porque não casei, fiquei sozinha; ...confesso que também gostava da minha independência, estive muito tempo sozinha. Cheguei a esta fase da vida e resolvi vir para um lar. **(Entrevista 7)**

Eu quis vir para o lar. O que é que havia de ficar a fazer sozinha em casa... e a minha filha está perto de mim quando eu vou almoçar a casa onde vive. **(Entrevista 8)**

Ou por Obrigação:

...mãe, olhe que você vai, você vai para um lar, mas você agora faz a sua vida no lar e você agora nunca mais vem para sua casa. O meu filho, a minha filha, os meus filhos puseram-me aqui. Puseram-me aqui. **(Entrevista 4)**

Tinha a minha casa... E as minhas filhas meteram-me a faca ao peito. Ou vai para um lar ou não lhe ligamos mais, deixamos de lhe falar e o pai depois arranja-se. Tive que me acobardar, não gostei muito, fiquei chocado. A minha casa é que é a minha casa, era a minha casa... deixei tudo, levaram o que lhes apeteceu, e assim foi, cada qual levou aquilo que lhe apeteceu levar. Quando vim para o lar ainda tinha a casa, embora já tivesse dado a minha palavra que ia sair de lá. Os meus filhos trataram do resto. (Entrevista 9)

No discurso dos outros idosos não foi evidente a necessidade de haver uma decisão, sendo esta encarada como um percurso normal perante os condicionalismos e circunstâncias no momento da sua institucionalização. O facto dos filhos não poderem tomar conta, existirem falta de condições habitacionais, perda de autonomia, faz muitas vezes encarar esta transição com relativa naturalidade e compreensão de que seria o melhor para todos os envolvidos no processo de institucionalização.

2. AS EXPECTATIVAS DO IDOSO

Perante a transição do idoso para a institucionalização para a vivência de institucionalizada importava perceber quais as suas expectativas. Assim emergiu da colheita de dados, que essas expectativas eram não só negativas, como positivas. Acrescentando-se ainda que era possível através da análise do discurso resvalar muitas vezes para a contradição.

Os *aspectos positivos* eram muitas vezes fruto de saturação da situação anterior como é evidente no discurso.

Vai já amanhã, vai já segunda-feira, logo agarrei-me a ele, ele agarrou-se a mim a chorar e pronto. (Entrevista 2)

Mesmo que posteriormente seja evidente a contradição quando refere:

Mas queria, queria ir, não quero, não quero cá estar. (Entrevista 2)

Outros aspectos como o *estado de saúde* contribuem para uma diminuição das expectativas positivas levando mesmo a expectativas de *vivência negativa*:

Eu disse para mim mesma que desde que fiquei assim, não ter vida para mim. Não tenho gostos de nada... (Entrevista 2)

Outras contradições são encontradas:

Positivo: *Gosto, agora gosto, presentemente estou muito bem e gosto de estar aqui.*

Negativo: *Eu não queria estar aqui, não queria estar aqui, porque não queria estar aqui... (Entrevista 4)*

Foi possível encontrar *expectativas marcadamente positivas* sem contradição ao longo da entrevista em quatro idosos:

Então encontrou aqui muita felicidade. Graças a Deus, graças a Deus, estou muito contente. ...Encarei bem, encarei isto bem. (Entrevista 6)

O pai dele é o dono do lar e disse-me assim olha mama tu vais para um lar cujo dono é uma simpatia e vai ficar muito muito teu amigo quando lá chegares.

...continuo viva com oitenta e oito anos de idade e sem ter necessidade de ter nenhum médico.

...eu não ligo nenhuma aos desgostos que tive porque nós não temos vida inteira não é.. Qualquer dia acaba e acabam-se os desgostos. Não vale a pena chorar. Porque Deus diz assim. Quando uma pessoa morre vai para o céu portanto não chore. Agora quando morre uma pessoa eu fico triste mas não choro. Não tenho medo de morrer. Penso que a minha vida dure até a hora ou o dia ou á noite em que Deus quiser, que eu viva. Sinto que fiz bem ter casado porque tenho filhos amigos. Não é verdade tenho amigos tenho companhias e são da minha família. Tenho necessidade de ter saúde para viver e quero morrer aos cem anos ou aos duzentos... (Entrevista 8)

Cada vez melhor, cada vez pareço mais nova. (Entrevista 9)

Penso muito bem. Gosto da vida que tenho e de viver aqui. A vivência no lar é muito boa. Estou muito feliz por ter vindo para este lar. Antes de vir definitivo para aqui, vim durante alguns dias integrar-me, conhecer as rotinas, as pessoas, os ambientes, para depois decidir se de facto era para aqui que eu queria vir. Olhe, assim resolvi vir para aqui, isto é como uma família. (Entrevista 10)

Expectativas negativas relativamente à institucionalização, foram encontradas nos discursos:

Agora o que é que hei-de pensar, é Deus lembrar-se de mim e levar-me, para o pé do meu homem e do meu filho. Porque sou obrigada a gostar de estar aqui. Não tenho para onde ir. (Entrevista 1)

...também agora, meteram-me aqui e não me levam a parte nenhuma, eu custa-me um bocado esta parte. Não me sinto abandonada. Olhe vou lá passar o Natal, a Páscoa, os anos vou almoçar com eles, costumo ir almoçar fora com eles, mas sabe a gente gostava que eles viessem aqui mais vezes, mas não vá dizer-lhes, é essa a

falta que eu sinto. ...triste, muito triste. O que é, que eu hei-de pensar.
(Entrevista 7)

Do discurso emergiu muitas vezes que a *satisfação*, assim como a *desilusão* eram formas de obter informação dos idosos acerca do processo de institucionalização por eles vivenciado.

Também aqui se encontrou um misto de contradições de *satisfação*:

Mas sinto-me muito bem, gosto de ter o comer às horas, quentinho, a gente é só sentar-se à mesa e nem sabe, por vezes, nem sabe o que vai comer. E à noite vou descansar também completamente cedo, verdadeiramente cedo, vamos por volta das sete horas, sete e tal, vamos para cima para descansar. (Entrevista 5)

De *desilusão* principalmente na invasão da sua intimidade muitas vezes com destruição de património de elevada estima pessoal.

E claro tinha gosto nessas fotografias, eram minhas. Essa senhora (do lar) é que então lembrou-se de ir ao nosso quarto e foi direita à gaveta e levou-me aquelas fotografias e ninguém sabe o que foi feito daquilo. (Entrevista 5)

Por outro lado outros mostram *grande satisfação* quando referem:

Ah, sinto-me bem, sinto-me bem, pelo menos se eu precisar de alguma coisa, tenho sempre aqui um apoio que me ajude, quando eu em casa não tinha.
(Entrevista 2)

O dono do lar e o filho pôs ali uma música, cantar e danças e dancei da minha alma. (Entrevista 4)

Bem disposta sempre. Sinto-me alegre sinto-me alegre ...sinto-me muito bem, sinto-me muito feliz.

... muito bem, não me falta nada se eu não quiser, por exemplo, agora ao lanche se eu não quiser chá ou café ou leite antes preferir uma peça de fruta dão-me...

... para mim, foi a melhor coisa que me apareceu foi deus nosso senhor que me deu esta saúde até aqui. Vi logo que gostava e falava com e dos patrões e tudo foi verdade, o que eles me prometeram ao vir para aqui e hoje estou contente. Estou contente, sozinha não queria estar. Encontro-me feliz. (Entrevista 6)

Só um idoso revelou profunda desilusão:

Sinto-me triste. Olhe, eu estou aqui o dia todo sentado. (Entrevista 9)

Muitas vezes os idosos após a institucionalização quebram laços quer com a família, quer com os amigos, sendo isto motivo de sofrimento e causador de uma sensação de abandono social que conduz o idoso a uma angustiante sentimento de solidão.

Relativamente aos aspectos familiares constatou-se que:

O meu filho casou segunda vez e ela é brasileira, tem lá uma casa e agora vão para lá, vai-me custar muito. Que ele vá e que quando chegar ao cabo de dois anos já não estou cá neste mundo... Também já tive um tio no Brasil e um primo também lá esteve. Coitados para lá ficaram mas já vai há muitos anos. Tem sido boa, tem sido boa...Tal como dantes. (Entrevista 1)

...será que tenho uns filhos que vão olhar por mim? não, não tenho, eles podem dizer que gostam de mim, que são amigos da mãe, só sabem dizer: Ah, a minha mãe agora está bem. Pois, pois estou bem, tenho quem olhe por mim, não é, estou bem. A relação com a minha família continua na mesma, ninguém me liga... Vêm de longe a longe, quando preciso. Para a minha filha vir cá, tem que ser a minha neta a dizer que tem saudades minhas (da avó), porque neste caso ela tem três avós. Só fico triste porque, passa-se o dia da mãe, vai a longe, passa-se a Pascoa vai a longe. Não se lembra da mãe no Natal... sem eu precisar de alguma coisa, que precise que eles venham cá, eles não vêm... eu que estou aqui tão preocupada com eles ainda tenho que lhes ligar... Agora a minha filha vem aqui, a minha neta está ali, eu adoro a minha neta, as minhas bisnetas. (Entrevista 2)

A maior parte deles (família), sabe que estou aqui... eu gosto muito dele (neto), que é o meu neto que está casado...

...mas houve para lá assim uns aborrecimentos e eu cortei com isso tudo...

...Dou-me com todos, agora com o meu genro é que não. ...dou-me com os sobrinhos, dou-me com os meus sobrinhos tudo do lado do meu marido, dou-me,

dou-me com a minha nora. A minha neta gosto imenso dela, ainda aqui esteve ontem. (Entrevista 3)

Porque os meus filhos vindo para aqui, eu queria bater neles. Porque é que deles me porem aqui. Muito revoltada, muito, muito, muito. Olhe que bati no meu mais velho, no hospital.

...vieram aqui... O dono do lar não me deixou ir com ele, e ele ficou que nunca mais veio cá. Olhe ficou chateado, ficou chateado e nunca mais veio. Agora não porque eles vão lá para o meu centro de dia, eles vão para lá todos os dias e lancham lá e tudo. Ora às vezes um bocado revoltada, mas eles vêm-me buscar ao domingo, vêm, vêm, mas eu queria lá estar, queria lá estar em casa deles e eu de vez em quando rebento a corda... Tenho a minha irmã, que ela mora lá à minha beira, ainda vou lá às vezes ao domingo a casa dela. Eu só como ao meio dia em casa deles. Levo as pastilhas e como em casa deles ao meio dia. Mas à noite, à noite, às sete horas jantamos aqui, às sete horas. (Entrevista 4)

Tenho ouvido muita coisa, muita coisa, muita coisa a respeito dos filhos. Por vezes os filhos viram-se aos pais, por vezes há filhos que matam os pais. E eu vejo muita televisão e vejo casos terríveis, terríveis. Mas, nunca tive filhos. As minhas sobrinhas também ligavam importância e agora também afastaram-se, desde que eu vim para aqui, afastaram-se da tia. A minha cunhada esteve a telefonar a dizer que eu vinha para um lar e assim, ela (irmã) nunca quis saber, fez de conta que não me conhecia de lado nenhum. Fez e faz, não quer saber, nem um telefonema, nem uma visita, nem, nem pergunta sequer. (Entrevista 5)

Da minha família pronto, a minha tenho saudades deles mas tenho mais da do meu marido que estava casada há muitos anos lá na rua e eles eram todos da família do meu homem era com quem eu me entendia melhor. Nunca tive filhos. Elas as sobrinhas de vez em quando telefonam-me, telefonam-me eu também telefono a elas. (Entrevista 6)

Boa, boa, muito boa. Foi sempre, a minha família sempre foi muito unida, mas muito muito, pais, filhos e tudo é aqui que eu estranho. Uma pessoa gosta sempre de ter companhia, não é, ninguém gosta de estar sozinho. Antigamente com a minha irmã ainda ia dar umas voltinhas, no carro que eu queria, ia no autocarro, agora já não posso fazer nada disto, custa-me entrar para o carro. Agora no dia dos meus anos ela vai-me falar para irmos almoçar. Família só. Só sinto a falta deles. Fico triste quando eles não podem cá vir como eu queria mais vezes, só vinha cá essa minha irmã do Porto, e vinha o marido e a filha de vez em quando. Vinha a mãe e vinham cá todos os sábados visitar-me. Agora não, agora só me vem buscar no Natal e na Páscoa, só nas festas, vêm-me buscar para ir lá, passar o dia com eles. Cá, vem só a minha irmã do Porto, depois vai logo embora, está pouco

tempo, também tem a vida dela, ela vinha cá todos os fins-de-semana, agora veio cá a outra semana, não sei se vem cá esta, não sei, não sei. (Entrevista 7)

Olhe o meu grande amigo é o dono do lar. Sinto-me muitíssimo bem como se estivesse em família. Vem todos os oito dias vem cá visitar-me e leva-me no carro dele guiado pelo filho dele que é o que tem carta de condução. ...ao domingo vou almoçar a casa do meu filho. (Entrevista 8)

E tenho que ver também se as minhas irmãs, me pedirem, faz isto ou aquilo eu estou aqui e colaboro eu com elas e elas comigo. Colaboro em tudo desde que saiba e me aperceba, em tudo mesmo. E tudo tem rolado sempre muito bem. Após vir para aqui, pouco ou mesmo nada mudou, falo sempre que quero com a família... tenho a família que compensa tudo isto e me dá todo o apoio e ajuda sempre, nos devidos momentos. A relação de facto continua muito boa com todos os meus familiares. A relação com as pessoas significativas, são a minha família. A relação com a minha família é excelente, como lhe disse, eu é que achei que não deveria ir para casa deles, iria ser um peso, e aqui estou na mesma próximo deles, eles vêm sempre que querem e podem. Falamos sempre, estamos próximos. Continua a acompanhar-me para ir às consultas no médico, convivemos, passeamos. A minha relação é boa com todos, desde os irmãos, cunhados, sobrinhos. Somos uma família grande mas unida. E eu precisava de descansar e vim para este lar. (Entrevista 10)

No que diz respeito aos amigos, pode verificar-se:

Agora, já quase todos morreram também, da idade do meu homem e da minha, já todos faleceram, já todos faleceram... mas era a mesma coisa, a mesma coisa. (Entrevista 1)

A maior parte deles, sabem que eu estou aqui. ...há uma empregada que era muito minha amiga... E encontro muitas pessoas amigas. Quando vou lá à minha zona, porque ainda vou... (Entrevista 3)

...dizem: Você está no paraíso, você está muito bem, muito bem, quem dera a todos ter assim um lar como você, e eu disse ainda vós não sabeis como eles são meiguinhos para nós, eles não tem mais nada que façam, eles não tem mais nada que façam, por isso não tenho que dizer, é pecado a gente dizer mal de uma coisa que é boa. (Entrevista 4)

Só tenho a dizer bem um casal prontos como eu estava só perguntavam-me como era a minha vidinha perguntavam-me quando iam dar uma volta queres vir comigo dar uma volta um casal um casal. Exactamente os amigos também andam a

passear vou para a piscina entretanto a gente vai até ao sitio da piscina encontra aquele encontra o outro. (Entrevista 6)

Amigos, não tenho. Tive, quando andei na escola, tive muitas amigas, amigas. Muita amigas mesmo. Cada um seguiu o seu rumo. É só a minha família, os amigos não vêm, estão longe daqui, eu tinha muitos como vizinhos, sabe eu morei lá 40 anos com os meus pais. (Entrevista 7)

São todos meus amigos os melhores amigos que eu tenho são os meus filhos e o meu marido que já faleceu. (Entrevista 8)

...a minha grande amizade está muito longe... Tive muitos amigos, mas aquela amizade... essa está muito longe, em Moçambique...e a ligação desde que ele foi para lá, não existiu mais. A minha família até está a tentar encontrar alguma forma de conseguir que a gente se comunique...mas ainda não foi possível. Não sei onde está, não tenho forma de contactar, tenho muita pena...foi a minha grande amizade. (Entrevista 10)

3. A REALIDADE DA INSTITUCIONALIZAÇÃO: QUE ADAPTAÇÃO?

Falar de institucionalização de idosos, implica falar de processo de adaptação a esta nova realidade. Neste capítulo importa realçar como este processo é efectuado e ainda que mecanismos de defesa são utilizados por este grupo etário para que esta realidade seja bem-sucedida e promotora de bem-estar no idoso.

Realçou do discurso dos participantes quer as suas relações interpessoais dentro da institucionalização, quer as relações com os profissionais, quer com os idosos residentes.

Assim nas relações com os profissionais os idosos foram numa esmagadora maioria *positivas*:

Gosto de brincar com todos os profissionais, dou-me bem com todos.

...se eles (a família) quiserem vir, vieram, se não quiser tenho sempre aqui pessoas que me fazem rir. (Entrevista 2)

É, e depois o pessoal gosta. São uma simpatia, são uma simpatia. (Entrevista 3)

Dou-me bem com as empregadas, mas também se tiver de ralar com elas também ralho, também lhe digo, às vezes digo a elas: olhe que eu sou muito barulhenta. Foram eles serem muito...toda a gente que pertence ao lar, muito meigos, muito amigos, muito coisa de nos mentalizar, assim de tudo. E depois as minhas colegas dizem assim: olha, olha, vês fulano, coitadinho tão mal tratado, vez, pagou e agora está muito mal tratado, vez, está em tal parte e fechado no lar e agora... elas ...estás a ver, olha tu estás muito bem, muito bem. Elas ficam muito admiradas quando me vêm. (Entrevista 4)

Sim, sim, com todos... aqui com os funcionários. Tenho uma boa relação com as pessoas... Eu senti-me bem. Senti-me muito bem com os patrões e com a minha parte das empregadas, as empregadas para mim têm todo o valor, todas elas. (Entrevista 5)

Bem para mim, digo que não podia encontrar coisa melhor. Muito respeito, são muito meus amigos e eu amiga deles. (Entrevista 6)

Olhe elas coitadas, limpam os quartos, limpam o lar, têm sempre tudo muito limpinho, mais nada, (espaço de silêncio), mais nada. (Entrevista 7)

Relaciono-me sempre muito bem. À noite vejo um bocadinho de televisão e depois as empregadas, são umas grandes chatas mandam-me deitar muito cedo.
(Entrevista 8)

...os donos são impecáveis. **(Entrevista 9)**

Para mim são como uma segunda família. Isto aqui é a continuidade da minha família. São todos muito boas pessoas, cuidam muito bem de toda a gente que aqui está. Sinto-me muito bem e sinto-me muito feliz, porque as pessoas aqui são muito boas e preocupam-se muito connosco, se nos virem mais em baixo perguntam logo e tentam animar-nos. Dizem logo ó Peixes se continuares assim chama-mos as tuas irmãs. Eu digo, oh não, vêm já para ai todas a correr, porque ficam muito preocupadas comigo. Aqui esta gente é toda muito, muito boa. Eu sinto-me extremamente bem. Aqui no lar convivo com toda a gente, com os funcionários, converso com toda a gente e mesmo a Doutora, que está aqui todos os dias, diz que se for preciso alguma coisa é só dizer, ela está sempre bem-disposta. Eu tenho muito boas relações aqui dentro. Gosto de viver aqui. ...eu estou apoiada porque são todos meus amigos, não posso dizer que não, tanto as empregadas como os patrões. Pronto, os patrões tem dito à minha cunhada que realmente gostaram muito de eu vir para cá porque eu não sou malabarista, não sou malabarista, não digo mal de ninguém, não ando a fazer queixa por tudo e por nada, e eles aceitaram-me bem. E as empregadas também. **(Entrevista 10)**

O mesmo não se poderá aplicar com as relações que os idosos têm com outros residentes. Muitas vezes focos de latência conflituosa que não contribui para uma vivência harmoniosa.

Quer-se dizer, feitios que não são iguais e depois acham-se mais que estar aqui há mais de um ano ou dois mais superiores que estar menos, menos tempo.
(Entrevista 1)

Eu ultimamente passo pouco tempo aqui na sala, e em qualquer lado há sempre rezentas, há sempre quem meta o bedelho, não é? E eu uma vez estava a ouvir, não sei se era a missa, e essa senhora tem o costume de querer a televisão muito alta, e eu não posso ouvir... Sim, em parte era, mas devido a essa senhora, não se consegue. Há uma doente por outra que me aborrecem. Muito pouco comunicativa. Eu se tiver que dizer alguma coisa, sim senhor, converso e assim. E eu sou diferente, sou muito diferente. Gosto porque realmente este, não é, só tenho pena de todos não colaborarem da mesma maneira, porque há pessoas aí muito egoístas, e eu, essas coisas a mim custa-me muito suportar, mas pronto,

peessoas que não querem saber, ponho-as de lado, pronto, ponho-as de lado e estão de lado. (Entrevista 5)

...as vezes chateamo-nos aqui um bocadinho com as colegas umas querem ver a televisão na TVI, outras querem ver televisão na um. Olhe, eu vou para o meu quarto que eu tenho televisão no quarto. (Entrevista 6)

Como é que lhe hei-de dizer, pessoas para conversar, não há, choro, sabe um pessoa já não consegue. ...tem ainda uma senhora, que ouve mal que só ela é que compreende e eu a ela, a convivência é com ela. ...meteu aí duas pessoas completamente, e um que é completamente anormal, mas esse até tem de estar seguro, porque se levantava, ele não faz mal a ninguém, não; mas vai à mesa comer. Não tenho gente para conversar como deve ser. Gente analfabeta e que me enerva. Sou uma pessoa que gosto de comunicar com pessoas como eu, compreende há aí uma pessoa que me insultou 3 vezes e eu sou boa pessoa e não quero conversa com ela, e eu não lhe fiz mal nenhum. E ainda por cima ela não está doente, quer-se fazer mais do que o que é, é isso que eu não deixo, cada um no seu pé (bate com a bengala várias vezes no chão). Isso é que eu não deixo, nem que ela trepe por uma enxada acima. Mas você não vai dizer isto a ninguém, veja lá. ...ela coitadinha, eu até tenho pena dela, ela esta a desaparecer, está a ficar tão desfigurada, tão desfigurada. As vezes é tanta gente à volta dela, as empregadas, para ela tomar os comprimidos. ...não quer tomar banho, arranhava-se agora não quer comer, elas consomem-se para ela comer, ela não quer comer. O filho nunca mais veio aí vê-la. Ela come na minha mesa, agora está mais sossegada, mas é como eu digo, levanta a saia, tira a fralda é preciso tirar-lhe a fralda. As vezes está a dar a missa e no outro dia, ela levantou a saia e mostrou as calças. E eu e as outras pessoas a assistir á missa. (Entrevista 7)

Poucos daqui conheço, pouco converso, há ali um tipo que nem vale a pena falar, depois diz que quem manda aqui sou eu, isto é meu... Bem a gente aqui no lar tem outras pessoas mas não se dá confiança... (Entrevista 9)

No entanto também foi possível encontrar nessas relações não só motivos de alegria como de recreativa.

É, e depois o pessoal gosta. São uma simpatia, são uma simpatia. (Entrevista 3)

Dou-me bem com as empregadas, mas também se tiver de ralar com elas também ralho, também lhe digo, às vezes digo a elas: olhe que eu sou muito barulhenta. Foram eles serem muito...toda a gente que pertence ao lar, muito meigos, muito amigos, muito coisa de nos mentalizar, assim de tudo. E depois as minhas colegas dizem assim: olha, olha, vês fulano, coitadinho tão mal tratado, vez, pagou e

agora está muito mal tratado, vez, está em tal parte e fechado no lar e agora... elas ...estás a ver, olha tu estás muito bem, muito bem. Elas ficam muito admiradas quando me vêem. (Entrevista 4)

Bem para mim, digo que não podia encontrar coisa melhor. Muito respeito, são muito meus amigos e eu amiga deles. (Entrevista 6)

Relaciono-me sempre muito bem. À noite vejo um bocadinho de televisão e depois as empregadas, são umas grandes chatas mandam-me deitar muito cedo. (Entrevista 8)

Para mim são como uma segunda família. Isto aqui é a continuidade da minha família. São todos muito boas pessoas, cuidam muito bem de toda a gente que aqui está. Sinto-me muito bem e sinto-me muito feliz, porque as pessoas aqui são muito boas e preocupam-se muito connosco, se nos virem mais em baixo perguntam logo e tentam animar-nos. Dizem logo ó Peixes se continuares assim chama-mos as tuas irmãs. Eu digo, oh não, vêm já para aí todas a correr, porque ficam muito preocupadas comigo. Aqui esta gente é toda muito, muito boa. Eu sinto-me extremamente bem. Aqui no lar convivo com toda a gente, com os funcionários, converso com toda a gente e mesmo a Doutora, que está aqui todos os dias, diz que se for preciso alguma coisa é só dizer, ela está sempre bem-disposta. Eu tenho muito boas relações aqui dentro. Gosto de viver aqui. ...eu estou apoiada porque são todos meus amigos, não posso dizer que não, tanto as empregadas como os patrões. Pronto, os patrões tem dito à minha cunhada que realmente gostaram muito de eu vir para cá porque eu não sou malabarista, não sou malabarista, não digo mal de ninguém, não ando a fazer queixa por tudo e por nada, e eles aceitaram-me bem. E as empregadas também. (Entrevista 10)

Além disso a adaptação passa também pela capacidade do idoso de entrar nas rotinas do lar, muitas vezes diferentes dos que eram anteriormente vivenciados e sobretudo pelo agrado nas actividades diárias que lhe proporcionam bem-estar físico ou psicológico que contribua para a sua qualidade de vida.

Nas rotinas encontrou-se algum *desânimo* e sobretudo muita resignação à realidade:

Não faço nada... Espero que me chamem para almoçar e depois eu pergunto para onde é que vou, se vou lá para baixo, se vou para cima, se vou para o meio, e depois eles dizem-me: você vai para aqui, vai para acolá. Tomo banho dois dias por semana porque eu sofro muito mal da pele, e tomo banho dois dias por semana. (Entrevista 1)

Olhe o meu dia-a-dia, ponho-me a pé, põem-me a pé, põem-me a pé e vou para a fisioterapia de manhã, chego aqui às 11 horas, depois é o almoço, depois do almoço é as actividades. Faz-me bem. Acho que está tudo bem, está tudo bem.
(Entrevista 2)

No dia-a-dia levanto-me, dou graças a Deus, não é preciso, vou para a casa de banho, tomo o meu banho, acabo de almoçar e vou lavar os meus dentes... E portanto, visto-me, arranjo-me... **(Entrevista 3)**

Levanto-me, depois vou tomar o café, depois tomo o café e vou... venho cá abaixo, venho cá a baixo à cozinha dar uma vista de olhos às minhas colegas. **(Entrevista 4)**

Levanto-me, arranjo-me, faço a cama e tomamos horas para virmos para baixo tomar o pequeno-almoço. Depois se o tempo está bom vamos dar uma volta, até à praia, ou até ali à farmácia, ou assim à drogaria. Verdadeiramente não faço, não faço nada. As empregadas arrumam o quarto de banho, limpam o chão, e tanto eu como esta colega que estava aqui, fazemos cada uma a sua cama.

...as rotinas são adequadas. Só tenho que dizer bem. Se eu e esta senhora que esteve aqui, não fizéssemos as camas, elas vão arrumar o quarto, fazem-nos as camas, arrumam a casa de banho, e eu para me movimentar só vou fazer a minha, procuro então fazer a cama, arrumo qualquer coisita de vez em quando porque tenho lá muita tenda, e de vez em quando quero uma coisa qualquer e já não sei onde é que está, e tenho que procurar nas sacas todas. E mais nada, fora disso mais nada, vou às horas que estão marcadas para baixo, para comer, lanchar, tomar o pequeno-almoço e almoçar e jantar, não fazem nada realmente.
(Entrevista 5)

Depois da higiene e pequeno-almoço, a seguir sentam-me lá na salinha para ver televisão. Faço as refeições às 12h, ao meio-dia é o almoço, o lanche às sete horas, comemos a sopinha que tomamos à noite e um bocadinho de doce ou fruta cozida. A minha rotina é esta, não tenho outra. Eu não posso sair porque a minha irmã não tem cá vindo, não tenho saído, também tem estado frio, embora hoje esteja melhor. **(Entrevista 7)**

Levanto-me às 7h20, tomo banho, com ajuda das funcionárias. Mas eu ainda consigo fazer algumas coisas. A seguir tomo o pequeno-almoço... Depois de ler o jornal de manhã, chega a hora do almoço, à tarde ver televisão, lanche, jantar. À tarde fico a ver a TV e depois venho cá para fora e continuo a ler. Às vezes jogamos dominó, às vezes de tarde, jogamos uma partidinha. Vamos ali para aquela mesa ali à porta e ao ar livre. Não tem nada que saber jogar ao dominó, basta conhecer as peças e fazer associação certa. Não saio do lar sozinho saio

quando as minhas filhas me vêm buscar as quartas-feiras e ao domingo eu também vou a casa deles. (Entrevista 9)

Salienta-se que a manutenção de autonomia para *pequenas deslocações* são momentos de agrado e alegria como se verifica nas entrevistas 6 e 8:

Levanto-me, preparo-me e vou tomar o pequeno almoço, depois vamos até á praia um bocadinho, até a praia para cima e para baixo, vamos três e eu todas juntinhas vamos passear. E quando não saio lá para fora, fico a ver televisão.

...já fiz muito cachecol, uma toalha da mesa da sala de jantar de renda, já fiz umas almofadinhas agora não quero puxar pela vista.

Dou os meus passeios, movimento as perninhas, na cama as vezes antes de me levantar, movimento as perninhas.

...se eu me apetece alguma coisa, não me falta nada. Faço tudo, elas só me limpam o chão.

As meninas a bem dizer, não fazem nada eu faço a minha caminha, faço a caminha da menina. Vão lavar a casa de banho eu as vezes custa-me lavar as costas. (Entrevista 6)

Levanto-me as oito e meia da manhã. Vou ver televisão. Mas vou primeiro passear aqui ao quintal que é muito agradável, ou a ver o mar e ver os peixinhos vermelhos a dar beijinhos ás areias. Sim venho almoçar depois vejo televisão, depois converso com as senhoras amigas e depois estou com atenção a todos os trechos lindos da televisão principalmente os católicos. O pequeno-almoço é leite não tomo café porque o café faz-me nervos, eu sou uma pessoa nervosa mas por isso mesmo para estar calma. As oito e meia da manhã vem uma empregada dizem assim: são horas de levantar da cama. Estou aqui nua e escusa de me vestir porque eu sei-me vestir. Todos os dias tomo banho para ficar reluzente não é verdade. Com um banho de água quente para não me constipar (nova forte gargalhada) comigo ninguém está triste esta a ver como eu sou boa de estar aqui. (Entrevista 8)

Outro aspecto importante e pertinente é a *sensação de utilidade* como novo projecto de vida ser um motivo de uma institucionalização bem sucedida:

Para além de me arranjar e alimentar. Ajudo os profissionais nas actividades do lar, vejo televisão, vou passear, vou tratar de assuntos pessoas, saio com as minhas irmãs, leio. Tenho o dia muito ocupado. Todos os dias de manhã acordo às

sete horas, não é porque me obrigam, mas acordo. Vou tomar banho, ainda consigo fazer isto sozinho, mas os funcionários daqui são muito preocupados e vêm dar uma ajuda. Depois do banho, vamos tomar o pequeno-almoço ao refeitório, e trazem-me a minha medicação numa caixinha com várias divisões e com o meu nome assinalado. Se não vou sair, faço uma ginasticazinha, sabe nos temos uma ginásio lá em baixo. Olhe para chegar ao ginásio podemos ir de elevador ou de escada, sabe o que eu faço eu vou de escada, assim já começo o exercício, escada abaixo, escada acima lá vou eu e vou exercitando. Depois almoço, almoço muito bem, e por vezes naquele salão lá em baixo, tem aqueles sofás e sento-me ali um bocado, às vezes descanso e outras vezes a ver televisão. Uma das actividades que faço também aqui é ver televisão, á uns programas que dá música e esses, eu gosto de ver e ouvir. Por vezes também fazemos jogos, jogamos com umas bolas pequeninas, eu atiro daqui para ali para outra pessoa e passamos algum tempo assim. (Entrevista 10)

No que diz respeito às *actividades de vida diárias*, estas nem sempre são ajustadas as vontades e desejos pessoais.

...não a quero sempre aqui metida dentro. Mas às vezes eu também gosto de estar, por exemplo com a televisão, claro. (Entrevista 3)

Só me custa é as minhas pernas que não tenho força como eu queria. Tenho que andar um bocado, devia andar ligeira mas não consigo. Se estou muito mal disposta, cansada, deito-me um bocado até à hora do almoço. Depois, se o tempo estiver mau, frio ou chuva, vamos para o quarto descansar um bocado. À tarde, por vezes vamos dar uma volta... vamos jogar as cartas, vamos jogar o dominó. Eu nunca joguei nada disso. ...actividades cá não vejo nenhuma porque a pequena que fazia isso, fazia uma espécie de uns jogos e rezava uma oração, essa pequena foi-se embora. E agora não temos outra. Se me levantar da cama e arranjar-me e vir para baixo, tenho que olhar bem para o chão, e principalmente a descer as escadas, com medo de cair. (Entrevista 5)

Porém é frequente as *actividades de vida diárias* servirem de auto promoção e preservação do auto cuidado:

...de quinze em quinze dias levam-me ao cabeleireiro eu gosto muito, toda a vida gostei de andar muito bem arranjada. Pintar as minhas unhas, pintar as minhas sobrancelhas, arranjar os meus pés conforme eu fazia quando vivia sozinha, conforme eu peço aqui a eles e eles vão-me levar até a missa. (Entrevista 6)

As mais fortes queixas do dia-a-dia depreendem-se sobretudo com as actividades não irem de encontro aos gostos pessoais e com a falta de comunicação como é evidente do discurso.

Durante o dia leio jornais e revistas. Depois o que é que eu hei-de fazer mais... não posso fazer mais nada. Olhe, gostava de fazer qualquer coisa que eu pudesse fazer. Aqui neste lar há pouca gente. Se tivessem mais dava para comunicar mais...eu gosto de comunicar. Fazia-me mais feliz se pudesse comunicar mais. Olhe, aquela senhora ali, andava de bengala, depois deu-lhe qualquer coisa e agora já não usa, anda sempre de cadeira de rodas. Levanto-me cedo... Depois desço e sento-me a ver televisão, gosto de ver filmes, não gosto nada de novelas... também adoro futebol. Na televisão gosto de ver um filme, mas se for um bom filme, que me agrada. Telenovelas não vou muito, há certas coisas que não gosto... olhe agora com os políticos não gosto é uma badalhoquice, a conversa deles a criticar uns nos outros, porque este governo que está agora. (Entrevista 9)

A adaptação dos idosos é assim influenciada por diferentes situações, nomeadamente pela acção do tempo (idade, as estratégias escolhidas para se adaptarem, as crises que atravessaram na sua existência e as forças pessoais (Berger e Mailloux-Poirrier, 1995).

No que concerne aos problemas psicológicos dos idosos estes emergem sobretudo pela alteração do papel (habitualmente associado à sua perda), as crises, as inúmeras situações de stress, a patologia, o cansaço, o desenraizamento entre outras situações eventualmente traumáticas. Apesar destes problemas não estarem ligados ao envelhecimento influenciam a capacidade de adaptação dos idosos (Berger e Mailloux-Poirrier, 1995).

Adaptar-se consiste assim “*em continuar a viver, recorrendo a estratégias para conservar a auto-estima*” (Berger e Mailloux-Pirier, 1995, p.165). Sendo que para a preservação do equilíbrio e da capacidade de enfrentar os desafios, é imprescindível que os idosos possuam dinamismos de adaptação. Leclerc e Proulox (1984 cit. por Berger e Mailloux-Pirier 1995, p.165) acrescentam ainda que a “*capacidade relacional, de apreender, maravilhar-se, adesão a leis e crenças religiosas, manter-se flexível, positivo e aceitar as coisas como vêm*”, são factores essenciais a ser considerados no processo de adaptação.

Por outro lado, certas capacidades melhoram com o tempo como a interiorização, de ser feliz, manter-se optimista e de um sentimento de liberdade

apesar das limitações sociais, principalmente nas pessoas com histórias de vida bem sucedidas (Berger e Mailloux-Poirier, 1995). Acrescentam ainda que a capacidade de adaptação das pessoas de idade parece mesmo melhor do que a dos adultos mais jovens. No entanto os mais vulneráveis, têm que modificar os seus mecanismos de defesa para se adaptarem e serem capazes de reduzir a ansiedade, o medo e a frustração mantendo a sua auto-estima.

É importante que a enfermagem reconheça os mecanismos de defesa habituais susceptíveis de interferir nas relações com os outros, mas que lhe permitem adaptar-se e reconhecer em seguida as reacções de desintegração emocional que são uma agressão ao seu equilíbrio mental (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

A insuficiência de mecanismos de defesa conduz ao aparecimento das reacções de desintegração da personalidade. Perante esta realidade, a enfermagem tenta restabelecer os modos de comportamento do idoso ajudando-o a reestruturar as suas expectativas, sendo que esta intervenção deve ser realizada o mais precoce possível evitando que surjam perturbações emotivas mais graves (Berger e Mailloux-Poirier, 1995).

De facto, os factores que determinam a saúde mental relacionam-se com o potencial de adaptação. Se a pessoa está afectada ao nível físico e em sofrimento pode segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995) mesmo conservando a sua sanidade de espírito, regredir, adoptando uma atitude de retroacção e aos mesmo tempo tornar-se severa em silêncio ou solidão. Estes comportamentos são adoptados, porque o idoso obtém através deles, a conservação do seu orgulho, da auto-estima, auto imagem, controlar a sua vida, o meio e ainda conseguir fazer opções.

Assim sendo é de todo premente enunciar os mecanismos de defesa referidos por Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.166):

Racionalização racionalizando encontra explicações lógicas para o que vive, o idoso minimiza as suas fraquezas, sintomas e dificuldades e conserva a sua auto estima.

Compartimentação concentrando-se em uma coisa de cada vez, o idoso pode parecer rígido, “rabujento” e teimoso, mas isso permite-lhe conservar o seu nível de energia

Negação bloqueando os sentimentos negativos relacionados com uma situação e recusando aceitá-la, o idoso é capaz de atravessar a crise e conservar a sua integridade pessoal.

Contrafobia a adopção de um comportamento extremo em determinadas situações difíceis impede o idoso de reconhecer os medos e emoções negativas

que lhes são inerentes. É o mecanismo utilizado por aqueles que recorrem a medidas estéticas excessivas para ter um aspecto jovem a qualquer preço, porque têm medo de envelhecer.

Rigidez a resistência á mudança e a recusa de se implicar na tomada de decisões são comportamento que a pessoa idosa usa com frequência. Permite-lhe sentir que ainda tem algum controlo sobre a sua vida. Pela teimosia e obstinação, o idoso controla a sua insegurança e a sua cólera.

Sublimação a orientação das energias internas para actividades socialmente aceitáveis é um mecanismo eficaz que ajuda o idoso a manter o vigor e a criatividade. Os que utilizam este mecanismo podem por exemplo inscrever-se como observadores ou como participantes em actividades com pessoas mais jovens.

Regressão as queixas físicas repetidas e as preocupações de ordem corporal excessivo permitem ao idoso libertar a sua ansiedade. Ao centrar as suas energias num problema físico tangível ele parece adaptar-se com mais facilidade á sua situação precária e evita-se debruçar-se demais sobre as suas emoções negativas.

Separação a repressão de emoções associadas a uma situação ou a ideias penosas permitem ao idoso reagir melhor ás crises. Assim, o idoso que perdeu a esposa e exhibe uma calma relativa utiliza o mecanismo de separação, tentando controlar as emoções por processos intelectuais.

Afastamento tornando-se excessivamente distante e discreto, ou procurando refúgio no sono, o idoso tente adaptar-se á sua falta de energia e problemas de saúde, ou preencher à sua maneira a falta de interesse de que se apercebe nos outros. No entanto o afastamento prejudica a satisfação das necessidades fundamentais.”

Encontrou-se na população estudada alguns procedimentos que indiciam mecanismos de defesa na sua institucionalização, fundamentalmente de racionalização.

Elas que não sou assim, eu não penso, eu para mim tanto vale uma pessoa que tenha um ano ou dois como pode ter uma que tenha cinco ou seis, eu acho que é a mesma coisa... Que remédio eu tive de vir para aqui, coitados. (Entrevista 1)

Habitualmente sinto-me bem, olhe, tenho ali o oratório que pedi... sou muito católica, sou muito católica...Vou à missa, vou à missa, vou à comunhão... Quando não vou à missa, vem cá o Sr. Padre dar a comunhão, vou logo a correr. ...ah vou aqui, há aqui umas freirinhas em frente, quase todos os dias vou lá, estou lá a orar... No dia-a-dia, sinceramente, às vezes ... eu às vezes acabo de almoçar e digo assim vou dormir uma sesta e ponho-me aqui e durmo um bocadinho, depois a televisão também é culpada porque tem ali certos programas que eu gosto de ver, não é novelas, que eu não gosto de novelas, é assim onde haja musicas, dança. (Entrevista 3)

Já estou mentalizada, já estou mentalizada... Olhe, estou bem graças a Deus. Vou rezar o terço, por mim e pelos meus colegas, pelos meus doentinhos, daqui do nosso lar e de todos os lares. Porque há muita gente que diz assim faz pouco de rezar, a gente também tem que rezar, a Ns^a Sr^a mandou-nos rezar o terço, e eu gosto muito de ir a Fátima, muito, muito, muito. (Entrevista 4)

Tenho os meus dias, tenho muitos dias que são piores. (Entrevista 7)

O pouco que elas me convençam tenho que me conformar que eu não tenho mais família a não ser esta agora e mais o meu filho. (Entrevista 8)

Todas as pessoas são influenciadas pelo ambiente físico que as rodeia e este contribui para o seu equilíbrio mental e bem estar que físico quer psicológico.

O papel do ambiente institucional na saúde é reconhecido como importante, na abordagem da sua promoção aos diversos níveis. As alterações constantes a nível ambiental, influenciam directamente o ser humano, a vários níveis - meio físico e meio social (Almeida, 2008). Dada a importância desta temática surge a Psicologia Ambiental e a Gerontologia Ambiental que estudam este facto.

Para Moser (1998, cit. por Almeida 2008, p.83) a “*Psicologia Ambiental estuda a pessoa em seu contexto, tendo como tema central as inter-relações - e não somente as relações - entre a pessoa e o meio ambiente físico e social*”. Esta disciplina defende que existe um intercâmbio entre a pessoa e o ambiente. Por sua vez existe a noção de que esta influência é mútua, ou seja que as pessoas influenciam o ambiente, mas este também influencia o comportamento das pessoas.

As consequências destas alterações sobre a população idosa tornam-se mais prementes, uma vez que esta faixa etária incorpora, certos aspectos do ambiente físico ou social, como fazendo parte da sua história de vida. Ao verificarem-se mudanças profundas, elas poderão ter efeito no processo de envelhecimento, e conduzir ao surgimento de situações que interajam negativamente na própria qualidade de vida do idoso (Almeida, 2008).

A Gerontologia Ambiental teve a origem em 1959 e segundo Tomasini (2005, cit. por Almeida, 2008, p.84) *“concentra-se na descrição, explicação e modificação (ou optimização) das relações entre os idosos e os seus contextos socioespaciais”*.

Reconhecendo a relevância que o ambiente pode assumir a nível da vida das pessoas, compreende-se a importância que ele poderá representar para os idosos. A vida dos idosos, quando institucionalizados, pode revestir-se de inúmeros conflitos que decorrem, muitas vezes, da grande variedade de pessoas que constituem este grupo etário da população (Almeida, 2008).

As pessoas idosas que estão institucionalizadas, pretendem usufruir o mais possível dos seus últimos anos de vida a viver num ambiente seguro onde possam ter algum tipo de controlo, com autonomia, sabendo que, se necessário, poderão ter ajuda por parte dos profissionais do lar nas limitações que possuam, implicando assim uma adaptação dos espaços às capacidades físicas e sensoriais diminuídas (Perracini, 2006 cit. por Almeida, 2008).

Assim sendo torna-se primordial adaptar o ambiente onde os idosos passam a vida, devendo este possuir as seguintes características (Perracini, 2006, cit por Almeida, 2008, p.86):

Acessibilidade e uso; Facilidade de circulação, especificamente no que diz respeito ao conforto, à conveniência e à possibilidade de escolha; Conservação de energia; Comunicação: aspectos sensoriais e interação social; Segurança: sem risco de lesões ou acidentes; Protecção: que não cause medo ou ansiedade e que seja previsível (confiável); Privacidade.

Actualmente quer os idosos, quer os familiares são cada vez mais exigentes aquando da procura de lares e as que estiverem melhor preparadas para oferecer serviços de qualidade poderão ser as mais procuradas. *“Estas instituições podem ser certificadas através do Instituto Português de Qualidade o que, de alguma forma, pode diferenciar os lares oferecendo garantias acrescidas para quem deles vier a necessitar”* (Almeida, 2008, p.86).

Só um idoso referiu aspectos do ambiente físico:

...tenho um bom quarto, as camas óptimas sempre lavadinhas, vêem-me abrir a cama, que eu às vezes se fui lá abaixo ou qualquer coisa, e às vezes posso deixar o quarto fechada, pronto. (Entrevista 3)

Relativamente à *instituição* em si e a todos os seus aspectos gerais de vivência encontrou-se na população opiniões divergentes nos idosos entrevistados para este estudo. Podemos verificar alguma resignação.

Eu gosto, não é. Que remédio... Custou-me um bocadinho deixar ficar a minha casa, mas também não tinha meios de lá estar, não, não podia lá estar de maneira nenhuma. Sinto-me bem, há pessoas que se fazem superior mais que os outros. Custou-me muito, custou-me muito deixar ficar a minha casa e vir para aqui. Custou-me muito, mas não tive outro remédio. O que elas me mandarem fazer, faço. (Entrevista 1)

Que remédio tenho eu... tenho que me sujeitar. Mas em casa é que estou bem. Mas eu agora estou bem, por acaso estou bem... são muito carinhosos. Sabe no início quando vim para aqui não gostei... apesar de serem todos muito bons. Agora estou habituado, mas tenho pena de não ter mais coisas para ocupar o dia. É sempre a mesma coisa. Gosto, não é mau, embora a nossa casa é sempre a nossa casa. Mas não é mau, depois de vir para aqui fiquei. Agora a minha casa é esta, e gosto da minha nova casa. (Entrevista 9)

Relativamente à *adaptação* positiva à institucionalização:

Adaptei-me bem. (Entrevista 2)

Inicialmente custou-me a habituar, mas aqui eu sinto-me bem, estou perfeitamente bem... depois foi relativamente fácil... fácil, pois foi ótima... Muito positiva. Gosto muito, e oxalá que eu acabe aqui os meus dias. ...um dia destes também me veio aqui uma senhora visitar, que era lá minha vizinha, esteve aqui, e disse que havia de vir cá mais vezes, que até andou a passear comigo. (Entrevista 3)

A vida vai continuando... Não, não queria vir para aqui, não queria vir para o lar, eu não queria vir para o lar. Estou bem. Mas sou muito bem tratada, muito bem tratada, como bem e bebo, sou muito bem tratada. É muito alegre, olhe quem estiver aqui á minha beira não está triste. ...fecharam-me aqui a porta e eu gritei Aqui D'el-rei e disse às vizinhas que chamassem a polícia, que queria fazer queixa dos meus filhos. Queixava-me deles por me pôr num lar fechada, fechada, fechada. Eu não queria estar aqui fechada de noite e de dia. Agora não. Ao domingo não estou fechada. (Entrevista 4)

É muito boa, eu só tenho pena de ter sido operada à cabeça porque eu não posso ouvir barulho. A minha cunhada comprou-me duas caixas, um em borracha, uns pequenos aparelhinhos para eu meter nos ouvidos, para ver se não ouvia tanto barulho, mas eu ouço com eles na mesma, embora não ouço tão alto mas ouço na mesma. (Entrevista 5)

O que eu precisar é só falar é só tocar a campainha ou queixar-me aos patrões. Aqui tanta coisa ...tudo o que eu precisar estão as minhas ordens logo que eu precise de alguma coisa é só chamar... (Entrevista 6)

Sinto-me como se estivesse coma a família são todos pessoas minhas amigas. Sinto-me muitíssimo bem como se estivesse em família. Gosto adoro viver no lar porque o filho do dono do lar e o próprio dono são muito meus amigos e tem uma médica que eu dou-lhe pouco de fazer. Porque dão de comer a horas e a alimentação é muito bem feita, muito bem cozinhada e só não dão vinho porque eu também não gosto de vinho senão dormia toda a noite e não comia nada. Gosto de tomar chá de cidreira que é um calmante muito bom. (Entrevista 8)

Muito bem...muito bem... não poderia estar melhor. Eu estou aqui muito bem. Para mim está tudo muito bem adequado, desde que me mantenha ocupada e que me permitam ajudar estarei bem. Sabe o que lhe digo, está tudo bem. Adaptei-me a tudo, tudo, tudo. Sou uma pessoa que me adapto facilmente em qualquer coisa e muito bem. (Entrevista 10)

Foi possível apurar do emergir do discurso de um idoso uma “*adaptação*” recheada de saudade do exterior, revolta com a situação, causadora um profundo sofrimento:

...eu digo-lhe eu vivo contrariada, eu estou aqui, não é que eu esteja mal, o lar é limpo, o pessoal é bom, não tenho que dizer do pessoal, sabes às vezes há assim, como é que lhe hei-de dizer saudades, saudades, saudades, saudades. Custou-me e custa-me, como é que lhe hei-de dizer, custa-me estar neste ambiente. Mas sabe, este vazio, está cá sempre dentro. O lar não é mau, não senhora, mas tenho e sinto saudades de outras coisas. Mas isto não é o suficiente, gostava de tomar ar, ver as paisagens, mudar de ambiente, oh vala-me Deus, o que é que faz bem à pessoa senão mudar de ambiente, faz bem é isso, estar aqui metida não dá. Não gosto de nenhuma, gostava de fazer era outras coisas.

... o lar não é mau, mas tenho saudades, não me habituo, porque não é de habituar. É um ambiente completamente diferente da minha casa e eu não queria vir, mas tive que vir e eu não sabia do ambiente que era, sabe. Perante isto como

é que acha que eu me devo andar, neste ambiente triste. Não há nada com o que a gente se distraia, nada, nada, perante isto, que mais posso dizer, ando triste, muito triste.

Há noite vou para a cama, ainda sinto mais saudade e é quando eu choro, é quando me dá vontade de chorar, é a noite (chora e demora a continuar o discurso), as minhas irmãs não sabem, não sabem e não imaginam. Imaginam uma coisa e é outra. Eu é que sinto a falta. É um viver assim, distração e eu hoje sinto-me assim. (Chora). (Entrevista 7)

4. ASPECTOS QUE ENQUADRAM A INSTITUCIONALIZAÇÃO

Sendo a velhice muitas vezes acompanhada de um aumento de patologias e dificuldade de adesão ao regime terapêutico importava analisar se os recursos de saúde eram satisfatórios em relação as necessidades dos idosos institucionalizados e se a institucionalização era um contributo para uma adequada promoção de saúde. Foi assim possível, apesar de um impacto inicial ser muitas vezes causador de laivos depressivos, podemos verificar que gradualmente foi melhorando como podemos verificar do discurso:

Quando vim para aqui eu vim com uma depressão... Ai, eu chorava aqui de noite, eu dava-me aquela tristeza de ele me tratar assim daquela maneira, dava-me aquela tristeza e havia noites que chorava, chorava, chorava, e até vinham aqui e porque está a chorar? ...Ah, eu não sei o que é que tenho. Agora durmo bem que eu sei lá e estou a ver a televisão. A tristeza foi desaparecendo. É com o ambiente, o sentir-me bem, até a (dona do lar) fomos a uns passeios, sei lá... houve aí umas festas... (Entrevista 3)

No que concerne aos cuidados esses puderam verificar-se pelo discurso:

...lá cuidados não faltam, isso é verdade. Não faltam cuidados de higiene, não isto e não falta nada. Não falta de comer graças a Deus, mas eu não me dou com este ambiente, não dou. (Entrevista 7)

Por outro lado a continuidade dos cuidados foi um factor que se verificou, como emerge dos discursos:

A cirurgia correu bem, mas ainda me dói, quatro meses depois, mas o médico diz que ainda tem quatro meses mais para recuperar, mas está tudo bem. O enfermeiro do lar tirou-me os pontos e diz ele, ele vinha ver e colocava uns pensos para proteger e para poder tomar banho, retirou 13 pontos. Ele dizia, não foi eu que o curei, foi você, eu só substitui os pensos... ainda tem mais quatro meses. Ele era muito bom. (Entrevista 9)

Desde que eu vim para o lar a minha saúde melhorou, e ando a fazer o tratamento que ele me mandou fazer. Tomo dois comprimidos de manhã, isso está tudo na mão do lar, eles dão a medicação. Têm umas caixinhas plásticas, têm o nome da pessoa, e dão me a medicação certa na hora certa. (Entrevista 10)

As actividades recreativas são parte integrante do quotidiano dos idosos institucionalizados. Neste estudo importava perceber se na óptica dos idosos lhe eram satisfatórias e que diferenças existiam relativamente as que realizavam antes de ingressarem no lar.

Da análise do conteúdo das mensagens que emanaram do discurso dos idosos quando inquiridos sobre estes aspectos foi possível que eram escassas as actividades.

Já não podia fazer certas coisas, fazer aquelas limpezas que se costuma fazer, porque não podia andar... (Entrevista 1)

No entanto após a institucionalização:

Aqui ajudo a dobrar os toalhetes. Vou dar um passeio... só dois dias por semana... de manhã não, de manhã nunca sai. ...ajudo a pintar aquelas coisas agora para o S. João, e assim. Riscar, pintar assim aquelas coisas, vasos, manjericos, e a gente pinta aquilo. As vezes fazem ginástica, às vezes com a bola, atirar a bola e assim se passa o tempo. (Entrevista 1)

Foi possível igualmente verificar que idosos que anteriormente levavam vidas activas se mantêm activos após a institucionalização.

Pré-Institucionalização: *É porque eu fui sempre a trabalhar, sempre bem-disposta, sempre prontinha... ajudava qualquer pessoa, estava a trabalhar num sítio que era o meu... dava mesmo para a minha maneira de ser, trabalhei num ginásio num ginásio. ...gostava muito de fazer croché mas agora não posso.*

Pós-Institucionalização: *Trabalhos manuais, outras jogar às cartas, outras vezes é fazer ginástica, outras vezes é, pronto aqueles jogos que a menina trás. Eu gosto de tudo, de fazer todas as actividades...*

...mas mesmo assim às vezes os médicos também dizem faça croché e assim que enquanto está a contar espairose... A gente brinca, canta... dançar não porque eu não posso dançar. É, quando vou para as actividades, vou para as actividades.

(Entrevista 2)

Pré-Institucionalização: *...eu vi muito teatro, muito teatro, muito cinema, viajei muito, conheci muitas terras, muitas terras.*

Pós-Institucionalização: *...viajar, dar passeios... vou desenhar, se não faço melhor, faço pior... mas às vezes vejo outros desenhos que estão ali afixados... Mas às vezes como também ou saio ou estou por aqui, não vou às actividades... eu não tenho grande habilidade, mas vou fazer, mas vou fazer. Tenho amigas, amanhã já vou para casa de umas amigas, vou lá passar a tarde.*

...aqui também não podiam estar a fazer actividades de acordo com as preferências de todos, ...também penso bem nessas coisas, não podiam estar a fazer para A, e para B e para C, tudo diferente. (Entrevista 3)

Pré-Institucionalização: *Estava em casa, ia para o meu centro, para o meu lar, para o meu centro, cantava, dançava, jogava, jogava dominó, cantava muito eu mais as minhas colegas. Estava em casa e ia lá durante as tardes. Porque nós temos um ensaio à sexta-feira, para cantar. Eu tenho a música e à sexta-feira há ensaio.*

Pós-Institucionalização: *E eu quando vou, eu quando vou à minha casa vou ver as minhas vizinhas, o meu filho vai-me lá levar para eu conversar com elas. Faço a minha cama. Vamos até à praia, vamos até à estação. Ajuda-las e ando aqui, às vezes pego no regador, encho o tanque cheio de água e vou regar. Pôs ali uma música, cantar e danças e dancei da minha alma. (Entrevista 4)*

Pré-Institucionalização: *Sabe que, ia e vinha, levava as minhas coisinhas e ia dar uns passeios, foi com elas a Espanha.*

Pós-Institucionalização: *...joga dominó, jogava às cartas, aos dados. (Entrevista 7)*

Pré-Institucionalização: *E eu também nunca tive empregada porque quem fazia a comida era eu e quem lavava a roupa também era eu apesar de ser médica e de ser licenciada em farmácia não tive medo nenhum de trabalhar caseiramente e exteriormente.*

Pós-Institucionalização: *Jogo dominó, jogo as cartas, jogo andebol. Mas aqui não sabem tenho que lhes ensinar. (Entrevista 8)*

Porém, outros só referenciaram as actividades antes da institucionalização:

Depois de casada, tratava só da vida de casa.

...porque em casa tinha que fazer alguma coisa para eu comer, tinha que por a lavar, por roupa a lavar na máquina e, é claro sinto-me aqui muito melhor do que no apartamento. Eu praticamente não tinha convívio, a bem dizer, com a maior parte, não convivia com a maior parte das pessoas. (Entrevista 5)

Tinha a minha casinha e andava por lá no quintal a esganhadar. Lavava a minha roupa, passava a ferro, entretinha-me e também me visitavam algumas amigas. Tinha lá família a minha beira do meu falecido marido.

... faz favor não me bota os olhos ao pai enquanto eu vou, enquanto eu venho de manhã apegar e vinha as duas horas da tarde e bota os olhos á minha mãe... eu boto... ajoelhava-me assim á beira da caminha da minha cunhada que estava com a doença de Alzheimer e fazia festa mas ela coitada era daquelas que já fugia. (Entrevista 6)

Nenhuma outra temática abordada suscitou tanta emoção como quando foi pedido aos indivíduos deste estudo, o que sentiam quando recebiam visitas. Parece-nos oportuno relembrar que em qualquer das instituições onde decorrem as entrevistas não existia qualquer restrição regulamentar às visitas, quer relativamente aos horários ou mesmo o número de visitantes.

Foi possível do discurso que as visitas diminuam de regularidade com o passar do tempo no que refere aos familiares.

Tem sido boa. Os meus filhos são muito meus amigos. Fui pelo Natal a casa de um e pela Pascoa também... Não, não vem. Eles vinham 3 vezes por semana... agora não vêm... porque a mulher trabalha ao domingo, ele tem um menino pequenino e fica com o pai... Trabalham e tem os filhos para levarem aos infantários, e assim. Eu gostava que eles cá viessem mas eles agora não vêm, um já faleceu, era da minha idade, e, e assim, mas eles não vêm de propósito ver-me. (Entrevista 1)

E essa (Nora) não vem cá visitar-me agora... Não agora não... Não tem tempo... (Entrevista 2)

Quando ela vinha era o filho que a trazia. ...essa ainda é raro cá vir agora, vem cá umas poucas de vezes, vem de comboio claro. A outra do porto vinha cá todas as

semanas, agora já não vem cá há 15 dias, faz terça-feira quinze dias. (Entrevista 7)

Essas ausências, por vezes são devido a problemas dos familiares:

Ele é mais novo do que eu (irmão)... Até já veio aí com a minha cunhada, e eu achei-o até um bocadinho magrinho, e também tem tido problemas com doenças e ela também. (Entrevista 3)

A minha mais velha não porque não tem possibilidades, mas eu vou vê-la a ela. Vejo. Já não vou aqui há uma temporada, mas para a semana já vou ver, o meu filho vem-me aqui buscar e vai-me levar à Maia para ver... O segundo (filho) está na França, vem em Agosto. O terceiro é o que vem aqui todos os dias, mora aqui perto. (Entrevista 4)

Noutros era possível encontrar um momento de felicidade que alguns idosos se referiam as visitas da família.

Fico contente, eu fico contente, fico satisfeita. (Entrevista 1)

Quando a minha cunhada vem cá visitar-me adoro, adoro. Mas são tão poucas as visitas. Está a ver, o meu irmão corta-se-lhe os pés, a minha cunhada disse uma vez que ficava isto e aquilo, e o meu irmão respondeu-me assim: isso é muito longe, muito complicado, e pronto desistiu, já vai fazer um ano, desistiu e nunca mais ligou. Nem um telefonema, nem uma visita, nem procura saber como é que eu estou. A não ser esta minha cunhada, não tenho mais ninguém. (Entrevista 5)

Alegre, alegre. Uma visita é sempre bem-vinda é sempre bom. Nem que não seja minha família sem ser de família é sempre bom. É sempre bom. Eu gosto. (Entrevista 6)

Fico toda contente porque sei que são meus amigos nunca fiz mal a ninguém. Sinto a minha alma sossegada a minha alma bem instalada na vida. De oito em oito dias é que vem cá visitar. (Entrevista 8)

É claro que gosto das visitas, falamos de coisas sem importância e do dia-a-dia. É um momento diferente quando vêm visitar-me. (Entrevista 9)

Sabe, fico feliz, claro, mas como eles estão sempre tão próximos e vêm com frequência cá, eu nem chego a ter saudades, isto aqui é uma continuidade da minha casa. Não há impedimentos de visitas, eles vêm sempre que podem. Às

vezes sou eu que os convido a vir para ir às compras ou para virem lanchar comigo, ou para eu ir tratar de assuntos meus da casa, pessoais. Sabe, saio sozinha daqui, ou com a família ou os funcionários do lar. A minha família vem cá a qualquer momento, eu vou sair com eles, vamos passear, às compras. Quando a família não vêm porque estão a trabalhar e outros moram mais longe, vou sair sozinha, com os profissionais do lar ou faço outras actividades. Sinto-me muito bem aqui. (Entrevista 10)

Relativamente aos amigos, os idosos referiram que:

A única pessoa que vem é a senhora que foi olhar por mim e uma tia minha que é irmã da minha mãe, ainda tenho mãe... (Entrevista 2)

...fico muito contente. Ainda um dia destes veio aqui a nossa antiga empregada, que estive 32 anos lá em nossa casa comigo. ... as amigas da zona de Avis, é que me telefonam quase todos os dias, são muito minhas amigas... as outras nunca cá vieram, nunca cá vieram. (Entrevista 3)

Tive muitos amigos...apesar de já não saber o nome deles, tinha muitos amigos. Foram ao lar a primeira vez onde eu estive em xxxx, iam-me buscar os dois, almoçávamos fora dar um passeio... hoje já não vêm, alguns desapareceram, outros já faleceram. (Entrevista 9)

5. QUE IMPACTO(S) PARA O IDOSO?

Neste estudo, esta área temática fez emergir impactos físicos, psicológicos e sociais. Pareceu oportuno pelas mensagens emanadas pelos idosos, acrescentar o sentimento de utilidade, uma vez que parece ser um factor favorável à institucionalização.

Encontraram-se sentimentos de profunda saudade cujo discurso era muitas vezes acompanhado de uma intensa exteriorização de emoções como o choro e momentos de silêncio necessários para a retoma da narração por parte dos idosos entrevistados. A esse facto não podemos deixar de relembrar que as instituições onde decorreu este estudo possibilitaram adequados lugares para a realização das entrevistas tendo sempre presente a necessidade de uma privacidade fundamental para essa exteriorização, como as verificadas em:

Precisada de ver os meus filhos todos os dias, e os meus netos... são saudades que eu tenho, pois é. E depois se eu estiver a dormir, sonho com eles e acordo assim, pronto, parece um pesadelo, eu lembrar-me deles. (Entrevista 1)

O que penso da minha vida, que fico aqui. Tive agora um problema e estou, digo-lhe sinceramente, estou zangada com os meus filhos...

...o pior é que eu estou a fazer o croché, ou estou a escrever, ou estou a ler mas os pensamentos estão lá dentro, estão lá dentro, ninguém mos tira. (Entrevista 2)

O refugio espiritual foi evidente no:

A minha mulher era muito bondosa, nós tínhamos uma óptima relação. Agora o que é que eu estou a fazer aqui sem ela. Olhe penso na morte. Para quê andar aqui a sofrer... olhe para isto (tira o sapato e mostra os calos nos dedos dos pés). Tenho muitas dores, no início era eu que tratava, ponha um penso no final, isso dá muitas dores. Olhe penso que a minha vida é até quando Deus quiser. (Entrevista 9)

Assim como uma preocupação com o futuro:

Tenho uma preocupação muito grande porque vejo aí tantos exemplos e que a gente não está sujeita, qualquer um de nós, até falamos no senhor também, a gente está aqui e de repente dá-nos uma coisa e a gente fica inutilizada e coisa. Isso é a única coisa que me preocupa. Eu morrer não me importo, já vivi muito, mas, ficar assim como vejo muitas,... mas eu, o meu destino está marcado. Isso é que eu receio, e tenho o meu medo, custa-me muito ver muitas pessoas que estão para aí, isso é que ... e qualquer pessoa está sujeita a isso. Isso é que me custa mais. (Entrevista 3)

Apesar de muitas vezes existirem condicionalismos físicos e psicológicos negativos, num idoso.

A minha vida era uma vida... era, era ótima. Mas agora perdi tudo, tudo o que eu mais adorava neste mundo. (Entrevista 4)

Foi também possível verificar positivos quer físicos quer psicológicos

Físicos: *Desde que eu vim para o lar a minha saúde melhorou, e ando a fazer o tratamento que ele me mandou fazer. Tomo dois comprimidos de manhã, isso está tudo na mão do lar, eles dão a medicação. Têm umas caixinhas plásticas, têm o nome da pessoa, e dão me a medicação certa na hora certa.*

Psicológicos: *Eu tenho consciência que não me conhecia se deixasse mesmo passar isto em branco, e não decidisse vir para aqui. (Entrevista 10)*

No que se refere aos aspectos sociais foram evidente o afastamento assim como a alteração de papéis sociais faz aqui também transparecer a saudade.

...custou-me não ver os meus filhos todos os dias, mesmo esse meu filho mais velho ia lá todos os dias levar-me o pãozinho de manhã, e via-o todos os dias, quando vinha o correio ia lá levar o correio, e é isto que me custa mais, é não os ver todos os dias. Mas ele também tem isso da mulher, também nem sempre pode cá vir, e assim. O outro como agora arranhou aquele trabalho de fazer aquelas cobranças, já não pode vir tantas vezes. (Entrevista 1)

Assim como a preocupação de encontrar um lugar seguro para a velhice:

Custava-me muito as pessoas que me vêm vagas para eu ir para os outros lares. E este falei neste vim aqui a este e ele disse logo que tinha vaga e eu acertei vir para aqui. E estou cá há dois anos. (Entrevista 6)

Por outro lado, a sensação de utilidade como exercer novos papéis sociais, parece ser um pormenor importante numa institucionalização que se pretende que seja uma transição tranquila levando o idoso a novos projectos de vida que lhe proporcione uma vivência satisfatória.

Eu tenho pena e diz: eu quero água, mas eu não dou com medo que às vezes se engasgue. E digo assim eu vou já dizer às meninas e lá vou, elas vem-lhe já dar a água e assim. Isso é uma que tem... há aí um senhor que também é muito esquecido e no outro dia esqueceu-se do piso para onde ia-mos para baixo e eu disse assim: oh senhor vamos para baixo, vamos os dois e ainda faço assim o que posso... (Entrevista 3)

Descasco batatas. Gosto muito de descascar batatas e gosto de conversar muito com elas. Não passo a ferro porque não posso passar a ferro, não posso passar a ferro. (Entrevista 4)

Dobro umas toalhinhas, babetes uma roupinha às vezes enfeito uns vasilhos vou sacar umas florinhas por ai enfeito umas tacinhas para aqui para o lar. Vou caminhando, sento-me ali a ver televisão. (Entrevista 6)

Eu participo nas atividades do lar, nas rotinas e ajudo os funcionários, a por a mesa, lavar a loiça, arrumar a cozinha, faço a minha cama. Sabe em casa também tinha de fazer estas e outras coisas, não me custa nada, pelo contrário é uma forma de me sentir útil, de estar ocupada. Uma coisa que me deu muito prazer que eu achei e que me dá gozo fazer, é o pessoal que precisava de ajuda. Eu gosto de me sentir útil. (Entrevista 10)

6. CONCLUSÃO

Inicia-se esta conclusão com a convicção de que independentemente do processo de institucionalização ser ou não bem sucedido, tudo deve ser feito para a permanência do idoso, sempre que possível, junto das suas famílias, no seu próprio domicílio.

É importante construir redes de apoio às famílias do idoso, a partir de serviços públicos, constituídos por enfermeiros, assistentes sociais, ajudantes de saúde, outros profissionais de saúde, cuidadores formais, voluntários e forças vivas da comunidade a exemplo de outros países. Adaptar soluções para dar suporte técnico, orientação de cuidados, auxílio para resolver problemas e oferecer apoio direccionada aos cuidadores informais e famílias constitui um aspecto significativo para esta problemática.

Entende-se também, que em algumas situações, a institucionalização constitui realmente a opção possível. A enfermagem deve ter um papel significativo neste contexto, uma vez que, estando presente nos diferentes serviços de saúde, identificando as famílias que necessitam de apoio. Deve dirigir esforços multidisciplinares no sentido de ajudá-la a encontrar soluções que dê respostas às suas necessidades.

Este estudo permitiu conhecer aspectos que envolvem a institucionalização de idosos, conferindo visibilidade aos motivos que impulsionam para tal decisão e que podem eventualmente ser característicos de outros contextos.

A importância de estudar no processo de transição as adaptações do idoso face à institucionalização, é obter indícios de sucesso de uma continuidade de vida satisfatória em alternativa a um momento de angústia vivenciada pelo idoso que pode estar na génese da perturbação mental.

Assim, os factores que determinam a saúde relacionam-se com o potencial de adaptação, de modo que uma pessoa que esteja gravemente atingida no plano físico e em grande sofrimento pode regredir e adoptar uma atitude de retroacção, tornar-se estóica e fechar-se no mutismo, mantendo no entanto a sanidade de espírito. Estes comportamentos são adoptados, porque assim a pessoa consegue

conservar o seu orgulho, a auto estima, a auto imagem, dominar a sua vida, controlar o meio e conseguir ainda fazer escolhas.

Por outro lado, as reacções de desintegração da personalidade surgem quando os mecanismos de defesa normais são insuficientes. Quando isso se produz, a enfermagem tenta restabelecer os modos de comportamento do idoso ajudando-o a reestruturar as suas expectativas. Essa ajuda deve ser o mais precoce possível fornecendo apoio para evitar perturbações emotivas mais graves.

É importante que a enfermagem reconheça os mecanismos de defesa normais susceptíveis de perturbar as suas relações com os outros mas que lhe permitem adaptar-se e reconhecer em seguida as reacções de desintegração emocional que são uma agressão ao seu equilíbrio mental contribuindo, assim como para uma minimização do impacto desta transição de vida.

Os resultados obtidos permitiram encontrar alguns aspectos vivenciados pelos participantes, nomeadamente na adaptação à institucionalização, ao stresse de mudanças de ambiente e na crise (mudança a novas situações), que os enfermeiros devem ter em conta na prestação de cuidados, adequando as suas práticas a esta realidade.

Para uma melhor compreensão desta temática torna-se crucial o desenvolvimento de estudos, em realidades sociais e culturais distintas da estudada a fim de explicitar a realidade das famílias que vivenciam esta experiência transicional.

Futuras investigações deveriam ser direccionadas para estudar a satisfação e o bem estar destes idosos, através de aplicação de instrumentos de avaliação psicométrica, alargando a investigação a idosos que frequentam centros de dia e idosos que vivem em contexto domiciliário. Assim obter-se-á resultados objectivos do processo de institucionalização dos idosos.

Para que o processo de institucionalização seja conduzido de forma bem sucedido é importante que esse momento significativo na vida do idoso seja individualizado e que tenha em conta as suas necessidades, a manutenção das relações familiares e pessoas significativas para que ele preserve a sua saúde mental.

O papel da enfermagem no processo de institucionalização deve incidir na promoção do auto-cuidado do idoso de modo a preservar a sua independência e similarmente contribuir para que o mesmo se sinta voz activa no seu novo projecto de vida.

Este trabalho leva à esperança de poder contribuir para uma melhor assistência aos idosos que conduza à satisfação de vida promovendo mudanças nas práticas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica cada vez mais organizada e baseada em pesquisa científica, valorizando assim as ciências de enfermagem.

Fica a profunda convicção que o tema não se esgotou, pois apenas se abordou uma parte desta realidade, dado que o processo de institucionalização é complexo e vivenciado de formas divergentes, dependendo das experiências vividas ao longo do ciclo vital. É importante conhecer as suas histórias de vida de forma a proporcionar uma adequada intervenção individualizada.

Por fim será uma forte recompensa de um esforço feito com motivação que abre novos horizontes, onde os novos conhecimentos permitam, não só novos paradigmas, assim como mudanças de práticas de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica como melhores cuidados e visões mais perspicazes na óptica dos idosos em contexto institucional, assentando cada vez mais as intervenções de enfermagem fundamentada em evidência científica que resulta da investigação em enfermagem.

7. REFERÊNCIAS

7.1 Bibliográficas

ABREU, W.. *Formação e Aprendizagem em Contexto Clínico: Fundamentos, Teorias e Considerações Didáticas*. Formasau: Formação e Saúde, Lda - Coimbra, (2008a).

ABREU, W.. *Transições e Contextos Multiculturais: Contributos para a anamnese e recurso aos cuidadores informais*. Formasau: Formação e Saúde, Lda - Coimbra, (2008b).

ALVES, V.C.P.. *Stress e qualidade de vida em grupos de idosos: análise e comparação*. Dissertação de Mestrado. Campinas, (2008).

ANJE.. *Guia Prático como Criar um lar*. Edições: Academia dos Empreendedores - Porto, (2010).

ANTONIAZZI, A.S.; DELL AGLIO, D.D.; BANDEIRA, D.R.. O conceito de coping: uma revisão técnica. *Estudo de Psicologia - Brasil*, vol.3, n.º2, (pp.273-294), (1998).

ARAÚJO, E. N. P.; LOPES, R. G. C. *Grupos de reminiscência: a valorização dos idosos de um residencial em São Paulo, Brasil*. Trabalho apresentado no III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia: Subjectividade, Cultura e Poder, São Paulo - Brasil, (pp.1-8), (2009).

ÁVILA, R.F.A.. *Idosos: A Enfermagem e os Cuidados de Proximidade*. In Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, realizada no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade do Porto, (2009).

AZAMBUJA, L. S.. Avaliação neuropsicológica do idoso. *RBCEH, Passo Fundo*, vol. 4, n.º 2, (pp.40-45), (2007).

BARDIN, L.. *Análise de conteúdo*. 3.ª ed. Lisboa: Edições 70, (2004).

BASTO, M. L.. Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa De Saúde Pública*, vol.23, n.º 1, (pp.25-41), (2005).

BASTO, M. L.. Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, Vol.13, N.º 2, (pp.11-18), (2009).

BERGAMO, V. M.; DALL' AGNOL, C. C.; PIMENTEL, C. F.; PAZ, K. M. R.; RUPOLO, D. J.. *O idoso institucionalizado como foco de sua atenção relato de experiência*. Trabalho apresentado no III Congresso Ibero-americano de Psicogerontologia: Subjectividade, Cultura e Poder, (pp.1-8), (2009).

BERGER, L. e MAILLOUX-POIRIER, D..(1995). *Pessoas Idosas: Uma Abordagem global*. Editions Études Vivantes, Lisboa: Lusodidacta, (1995).

BESSA, M.E.P.; SILVA, M.J. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis - Brasil, vol.17, n.º 2, (pp.258-265), (2008).

BRONFENBRENNER, U.. *A Ecologia do Desenvolvimento Humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas, (1996).

CALIXTO, E. & MARTINS, H.. *Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. In. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Universidade do Minho, Portugal, (pp.510-522), (2010).

CARMONA, C. e CLAUDINO, A. D.. *Dimensões relacionais subjectivas na compreensão do envelhecimento em idosos*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, (pp.447-458), (2010).

COIMBRA, J. E BRITO, I. (1999). Qualidade de Vida do Idoso. Qualidade de Vida do indivíduo após enfarte agudo do miocárdio. *Referência*, 3, 29-35.

DUTRA, R. A.. *Acolhimento de Enfermagem: Vivências do Doente Idoso*. In Tese de Mestrado em ciências em enfermagem, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, da Universidade do Porto. Orientado pela professora Doutora Maria Ermelinda Jaques, (2009).

FONSECA A.M.. *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi, (2005).

FONSECA A.M.. *O envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora, (2004).

FORTIN, M. F.. *O processo de investigação, da concepção à realização*. Lusociência. Loures: Edições técnicas e científicas, Lda, 1999.

FORTIN, M.. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusociência - Lusodidacta, (2009).

FORTIN, M.. *O processo de investigação: da concepção à realização*. 2.ªed. Loures: Lusociência - Lusodidacta, (2000).

FREIRE JR, R. C. e TAVARES, M. F. L.. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.9, n.º16, (pp.147-158), (2005).

GOMES, B.P. e MENDES, M.A.. A interface entre a qualidade em saúde e a satisfação do utente. *Servir*. Vol.56, n.º1, p.7-14, (2008).

GUEDES, O. C. e GUEDES, R. M. L.. Avaliação do estresse de idosos praticantes de defesa pessoal. *Revista de Educação Física, Rio de Janeiro - Brasil*, Vol.142, (pp.58-65), (2008).

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA. *Projeções de população residente em Portugal 2000-2050*. Lisboa: INE. (2003).

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta 2*. Associação Portuguesa dos Enfermeiros, (2002).

JÚNIOR, R. C. F. e TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, vol.9, n.º16, p.147-58, set.2004/fev.2005.

KETELO, J. D. e ROGERIERS, X.. *Metodologias de recolha de dados: fundamentos de métodos de observações, de questionários, de entrevistas e de estudo de documentos*. Lisboa: Instituto Piaget, (1999).

LOBO, A. e PEREIRA, A.. Idoso Institucionalizado: Funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, II.^a Série - nº 4-, (pp.61-68), (2007).

LOPES, R.M.F. e NASCIMENTO, R.F.L.. As interferências do estresse na terceira idade e os recursos disponíveis para enfrentá-lo. *Portal dos Psicólogos*, (pp.1-12), (2010).

MAIA, G.F.; LONDERO, S.; HENZ, A.O. Velhice, instituição e subjectividade. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, vol.12, n.º24, (pp.49-59), (2008).

MARCONI, M. e LAKATOS, E. M.. *Técnicas de Pesquisa*. 4.^a ed. São Paulo: Editora Atlas, (1999).

MARTINS, C. R.; ALBUQUERQUE, F. J. B.; NUNES, C. N. A. G.; RODRIGUES, C. F. F.; e NEVES, M. T. S.. *Avaliação da qualidade de vida subjectiva dos idosos: uma comparação entre os residentes em cidades rurais e urbanas. Estudos interdisciplinar: envelhecimento*, Porto Alegre, vol.11, (pp.135-154), (2007).

MARTINS, H. e CALIXTO, E.. *Os Factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados*. Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia Universidade do Minho, Portugal, 4 a 6 de Fevereiro de 2010, (2010).

MARTINS, J. C. A.. Investigação em Enfermagem: Alguns apontamentos sobre a dimensão ética. *Pensar Enfermagem*, vol.12, n.º 2, (pp.62-66), (2008).

MARTINS, R. M. L.. O idoso na sociedade contemporânea. *Envelhecimento e Políticas Sociais. Educação, Ciência e Tecnologia*, (pp.126-140), (2005).

MENDES, A.. A excelência nos cuidados com princípio para a satisfação dos utentes no ciclo de vida. *Nursing*. Jan. p.40-41, (2006).

MOREIRA, P. e MELO, A.. *Saúde Mental: Do Tratamento à Prevenção*. Porto: Porto Editora, (2005).

OGDEN, J.. *Psicologia da Saúde*. 2.^a ed. Lisboa: Climepsi Editores, (2004).

OLIVEIRA T.C., ARAÚJO T.L., MELO E.M. e ALMEIDA D.T.. Avaliação do processo adaptativo de um idoso portador de hipertensão arterial. *Revista Latino-am Enfermagem* vol.10,n.º4, (pp.530-536), (2002).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Rapport sur la santé dans le monde: la vie au 21 Siècle. Une perspective pour tous. Genève: OMS, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório sobre a saúde no mundo - saúde mental: nova conceção, nova esperança. Genève: OMS, 2001.

PAIS-RIBEIRO, J. L.. Avaliação em Saúde e Qualidade de Vida. In: *Actas do II Congresso Saúde e Qualidade de Vida*. Unidade de Investigação em Saúde e Qualidade de Vida da Escola Superior de Enfermagem de S. João, p. 57-66, (2005).

PAIS-RIBEIRO, J. L... *Introdução à Psicologia da Saúde*. Coimbra: Quarteto, (2005).

PAÚL, C. e FONSECA, A.M.. *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi, (2005).

PESTANA, M.; GAJEIRO, J.. *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 3.^a ed. Lisboa: Sílabo, (2003).

PORTUGAL. Ministério da Saúde, Departamento de Estudos e Planeamento de Saúde. *Inquérito Nacional de Saúde 1995/1997: região norte*. Lisboa: Ministério da Saúde, (1997).

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. V.. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva, (2005).

RIBEIRO, C.; OLIVEIRA, C.R.M.; SOUZA, C.S. e FREITAS, T.M.. *Idosos e Família: Asilo ou Casa*. Psicologia: Portal dos Psicólogos, (pp.1-13), (2006).

RODRIGUES, R. A. P.; MARQUES, S.; FABRÍCIO, S. C. C.. Envelhecimento, saúde e doença. *Arquivo Geriatria Gerontologia*, vol.4, n.º1, (pp.15-20), (2000).

ROSA, T. E. C.; BENÍCIO, M. H. D.; LATORRE, M. R. D. O. e RAMOS, L. R. Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Rev. Saúde Pública*, vol.37, n.º1, p.40-8, (2003).

SANTOS, C.. *Doença Oncológica. Representação, Coping e Qualidade de Vida*. Coimbra: Formaus, (2006).

SEQUEIRA, C.. *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas Lda, (2010).

SILVA, J. F.. *Quando a Vida Chegar ao Fim: Expectativas do Idoso Hospitalizado*. Loures: Lusociência, (2006).

SOFIA, N.. *Novos Horizontes da Gerontologia: Promoção da Esperança*. Porto, (2010).

SOUSA, L., GALANTE, H. e FIGUEIREDO, D.. Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, vol.37, n.º3, (2003).

STRAUSS, A. e CORBIN, J.. *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2.ª ed. Porto Alegre: Artmed, (2008).

STREUBERT, H. e CARPENTER, D.. *Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativo Humanista*. 2.ª ed.: Loures: Lusociência, (2002).

TALERICO, K. A.. Relocation to a Long-Term Care Facility: Working With Patients and Families Before, During, and After. *Journal of Psychosocial Nursing*, Vol. 42, N.º 3. (pp.10-16), (Março 2004).

TEIXEIRA, M. B.. *Empoderamento de idosos em grupos direccionados à promoção da Saúde*. Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, (2000).

VILELAS, J.. *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Edições Sílabo, (2009).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Population aging: a public health challenge. Geneva: WHO Press Office, (1998).

7.2 Sitiográficas

ALMEIDA, A.J.P.S. e RODRIGUES, V.M.C.P.. A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Rev Latino-am Enfermagem*, 2008 Novembro-Dezembro; 16(6). [Em linha] [Consult. a 10 de Julho 2011] disponível em WWW:URL: www.eerp.usp.br/rlae

ALMEIDA, A.J.P.S.. *A pessoa idosa institucionalizada em lares: Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. In Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, sob a orientação do Professor Doutor Vítor Manuel C. Pereira Rodrigues. 2008. [Em linha] [Consult. a 03 de Julho 2011] disponível em WWW: URL:http://www.google.pt/search?souceid=navclient&hl=pt-BR&ie=U8&rlz=1T4HPEB_pt-BRPT2050PT252&q=A+Pessoa+idosa+institucionalizada+em+lares

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA - Site oficial. [Em linha] [Consult. a 03 de Maio 2011] disponível em WWW: URL: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xlang=pt&xpgid=ine_main&xpid=INE

JACOB, L.. *Serviços para idosos*. (2002). [Em linha] [Consult. a 01 de Agosto 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.socialgest.pt>

MARQUES, I.. *Atitudes dos enfermeiros face aos idosos* In: Dissertação de Mestrado em Sociopsicologia da Saúde - 2005. [Em linha] [Consult. a 10 de Julho 2011] disponível em WWW:URL: <http://interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/155/159>

OLIVEIRA, A. A.; PASIAN, S. R. e JACQUEMIN, A.. A vivência afectiva em idosos. *Psicologia: ciência e profissão*, vol.21, n.º1 (2001). [Em linha] [Consult. a 01 de Agosto 2011] disponível em WWW: URL: <http://pepsic.bvsalud.org/scieloOrg/php/articleXML.php?pid=S1414-98932001000100008&lang=es>

OLIVEIRA, C.R.M.; SOUZA, C.S.; FREITAS, T.M.. *Idoso e Família: Asilo ou Casa*. Artigo Científico, 2006. p.1-12. [Em linha] [Consult. a 10 de Julho 2011] disponível em WWW:URL: www.psicologia.com.pt

PERLINI, N. M. O. G.; LEITE, M. T., FURINI, A, C.. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):229-36. [Em linha] [Consult. a 10 de Julho 2011] disponível em WWW:URL: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>

REZENDE, J. M. *"Institucionalização" Do Idoso* (2004) [Em linha] [Consult. a 10 de Julho 2011] disponível em WWW:URL: <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/idoso.htm>

ZAGONEL, I. P. S.. O cuidado humano transaccional na trajetória de enfermagem. *Rev.latino-am.enfermagem*, Ribeirão Preto, vol.7, n.º3, p.25-32, julho 1999. [Em linha] [Consult. a 01 de Agosto 2011] disponível em WWW: URL: <http://www.scielo.br/pdf/V7n3/13473.pdf>

7.3 Legislação

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL. Despacho Normativo 96/89 de 21 de Outubro de 1989 DR 243/89 - SÉRIE I.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO EMPREGO E DA SEGURANÇA SOCIAL. Despacho Normativo nº 99/89 de 27 de Outubro de 1989. DR 248/89 - SÉRIE I.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. Despacho Normativo nº 30/2006 de 8 de Maio de 2006. DR 88 - Série I - B.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE SOCIAL. Despacho Normativo 62/99 de 12 de Novembro de 1999 DR 265/99 - SÉRIE I-B.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. Decreto-Lei nº 268/99 de 15 de Julho de 1999. DR 163/99 - SÉRIE I-A.

PORTUGAL, MINISTÉRIO DO TRABALHO E DA SOLIDARIEDADE. Despacho Normativo 12/98 de 25 de Fevereiro de 1998. DR 47/98 - SÉRIE I-B.

PORTUGAL. Decreto-Lei 133-A/97 de 30 de Maio de 1997.

PORTUGAL. Portaria nº 364/98 de 26 de Junho de 1998. [Em linha] [Consult. a 10 de Julho 2011] disponível em WWW:URL:http://www.anje.pt/academia/media/guia_pratico_n_6.htm

PORTUGAL. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental. Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de Fevereiro de 2011. Regulamento n.º 129/2011, (pp. 8669-8673), 2011. [Em linha] [Consult. a 20 de Janeiro 2011] disponível em WWW: URL: http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoCompetenciasSaudeMental_aprovadoAG20Nov2010.pdf

ANEXOS

ANEXO I
Guião da Entrevista

GUIÃO DA ENTREVISTA

AUTOR:

Fernando Dias Pereira

(N.º 1460)

Porto, Dezembro de 2010

PARTE I

Fernando Aberto Esteves Dias Pereira, Enfermeiro com título de Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica pela Ordem dos Enfermeiros, a desempenhar funções no Centro Clínico da Guarda Nacional Republicana (GNR) do Porto, e a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ano lectivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo de investigação.

O estudo de investigação a realizar será no âmbito da temática “*Processos adaptativos dos idosos à institucionalização*”.

A pertinência desta investigação é fundamental, pois o conhecimento dos processos adaptativos dos idosos será relevante para uma promoção da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros dado que contribui para uma melhor definição das intervenções de enfermagem que mais se adequam a essa situação, de forma a conduzir a ganhos de saúde, dos idosos institucionalizados.

Esta entrevista tem como objectivos; reflectir sobre o problema da institucionalização; conhecer a importância dos processos adaptativos dos idosos à institucionalização; descrever os processos adaptativos dos idosos na institucionalização e explorar a experiência vivida pelos idosos institucionalizados. Para isso serão entrevistados idosos institucionalizados em lares da Zona do Porto e Zona de Vila Nova de Gaia.

Caso necessite de contactar futuramente com o investigador deste trabalho de investigação, deixo ficar o contacto telefónico privilegiado 223399740.

PARTE II

Caracterização da Instituição e da população.

PARTE III

Aplicação da Escala de Mini-Mental State Examination (adaptada).

PARTE IV

Questões orientadoras da entrevista:

Quanto tempo está institucionalizado?

Quais os motivos que o levaram a vir para o lar?

Como sente a sua vivência no lar?

Como se sente desde que está institucionalizado?

Fale sobre a sua relação com os seus amigos/pessoas significativas?

Fale sobre a sua relação com a família?

Como se sente habitualmente?

Que relações familiares e familiares mantém após a sua entrada no lar?

O que pensa da sua vida?

O que faz habitualmente no seu dia-a-dia no lar?

O que mais gosta de fazer no lar?

Gosta de viver no lar?

O que sente quando a sua família/amigos/ pessoas significativas vêm visitá-lo?

Fale-me das rotinas do lar?

Considera que as rotinas são adequadas às suas necessidades?

ENTREVISTA Nº: ____	HORA: _____	DATA: ____/____/2011	LOCAL: _____	
	OBJECTIVOS	CONTEÚDO	ACTUAÇÃO/EXEMPLO DE PERGUNTAS	OBSERVAÇÕES
PARTE I Introdução	Legitimação da Entrevista	Apresentação do entrevistador ao entrevistado; Solicitar para gravar dados; Fornecer o consentimento informado; Dar a conhecer o estudo em si: tema, objectivos e método de recolha de dados; Justificar a importância da participação do sujeito no estudo; Assegurar ao entrevistado o anonimato e a confidencialidade dos dados	Obter a assinatura do consentimento informado do idoso para participação no estudo.	Colocar o gravador em local pouco visível.
PARTE II	Caracterização	Caracterizar a Instituição	Identificar a Instituição	

		Caracterizar a População alvo	<p>Qual o sexo?</p> <p>Que idade tem?</p> <p>Qual o seu estado civil?</p> <p>Até que ano frequentou a escola?</p>	<p>Colocar questões que possam ajudar na compreensão dos dados, nomeadamente:</p> <p>SEXO Feminino <input type="checkbox"/></p> <p> Masculino</p> <p>IDADE _____anos</p> <p>ESTADO CIVIL</p> <p><input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/></p> <p>Viúvo(a) <input type="checkbox"/> Divorciado</p> <p>(a) <input type="checkbox"/> Casado (a)/União</p> <p>de facto <input type="checkbox"/> Outro</p> <p>_____</p> <p>ESCOLARIDADE</p>
--	--	-------------------------------	---	--

				_____ (em anos) <input type="checkbox"/> Não sabe ler/ escrever <input type="checkbox"/> Ensino básico (1º ciclo) <input type="checkbox"/> Ensino básico (2º ciclo) <input type="checkbox"/> Ensino básico (3º ciclo) <input type="checkbox"/> Ensino Secundário <input type="checkbox"/> Curso Superior
PARTE III	Definição do instrumento de avaliação	Determinar a capacidade cognitiva dos participantes	Através da aplicação do Mini-Mental States.	Serão incluídos no trabalho de investigação aqueles que se: <ul style="list-style-type: none"> • analfabetos > 15 pontos • 1 a 11 anos de escolaridade > 22 pontos • com escolaridade superior a 11 anos >

				27 pontos
PARTE IV Narração	Estratégia de Operacionalização	<p>Anotar, sempre que possível, gestos e expressões do entrevistado que possam enriquecer o conteúdo da entrevista.</p> <p>Reflectir sobre a temática da institucionalização dos idosos;</p>	<p>Quanto tempo está institucionalizado?</p> <p>Quais os motivos que o levaram a vir para o lar?</p> <p>Como sente a sua vivência no lar?</p> <p>Como se sente desde que está institucionalizado?</p> <p>Fale sobre a sua relação com os seus amigos/pessoas significativas?</p> <p>Fale sobre a sua relação com a família?</p>	
		Conhecer a importância dos processos adaptativos dos idosos à institucionalização	<p>Como se sente habitualmente?</p> <p>Que relações familiares e familiares mantêm após a sua entrada no lar?</p> <p>O que pensa da sua vida?</p>	

		<p>Descrever os processos adaptativos dos idosos na institucionalização</p>	<p>O que faz habitualmente no seu dia-a-dia no lar?</p> <p>O que mais gosta de fazer no lar?</p> <p>Gosta de viver no lar?</p>	
		<p>Explorar a experiencia vivida pelos idosos institucionalizados</p>	<p>O que sente quando a sua família/amigos/ pessoas significativas vêm visita-lo?</p> <p>Fale-me das rotinas do lar?</p> <p>Considera que as rotinas são adequadas às suas necessidades?</p>	
Fase Final	Terminar a entrevista	Terminar com cordialidade a entrevista.		Agradecimento pela participação.

ANEXO II
Mini-Mental State Examination (MMSE)

ESCALA DE MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (ADAPTADA)

Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive? _____

Em que terra vive? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

Retenção (repetir as 3 palavras -1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

Atenção e cálculo “Ao número 30 subtrair 3 sucessivamente. Mandar parar ao fim de 5 respostas. (1 ponto por cada resposta correcta)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

Evocação (Repetir as palavras do ponto 11.2 - 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

Mostrar o relógio de pulso “Como se chama isto?”

Nota: _____

Mostrar o lápis “Como se chama isto?”

Nota: _____

Repetir a frase: “O rato rói a rolha”

Nota: _____

Pegar no papel com a mão direita, dobrar a meio e colocar na mesa (1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Colocar o papel na mesa _____

Nota: _____

Leia e cumpra o que diz neste cartão (se for analfabeto, deverá ler-se a frase)

(Mostrar cartão com a frase: “Feche os olhos” - pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

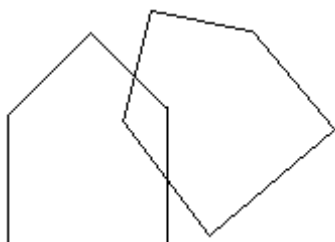
Escrever uma frase com sujeito, verbo e com sentido. (Erros gramaticais ou ortográficos não contam - pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

Copiar o desenho seguinte:

Habilidade Construtiva (Tremor e erros de rotação não são valorizados - pontuada com 1 ponto)

Desenho



Cópia

TOTAL: _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos ≤ 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

TOTAL(Máximo 30 pontos): _____

ANEXO III
Consentimento informado

JUSTIFICAÇÃO DO ESTUDO

Fernando Alberto Esteves Dias Pereira, com título de Enfermeiro Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica pela Ordem dos Enfermeiros, a desempenhar funções no Centro Clínico da Guarda Nacional Republicana do Porto, e a frequentar o segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, ano lectivo 2010/2011, na Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), vem por este meio solicitar a sua colaboração na realização deste estudo de investigação.

Pretende-se desenvolver um estudo de investigação com o título: *Processos adaptativos dos idosos à institucionalização*”, tendo por finalidade contribuir para uma melhoria na intervenção e qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, através do conhecimento dos processos adaptativos dos idosos á institucionalização.

O estudo terá uma duração de dez meses, tendo iniciado em Setembro de 2010, e a sua aplicabilidade no terreno ocorrerá de Maio a Junho de 2011.

A participação no estudo é de carácter voluntário podendo em qualquer momento, desistir de o fazer. A aceitação em participar no estudo, implica a realização de uma entrevista onde lhe serão colocadas algumas questões sobre a sua vida com intuito de efectuar a recolha de dados referente à informação em estudo.

Não existem quaisquer riscos para a participação no estudo. Os benefícios imediatos, poderão não existir, todavia com esta investigação, pretende-se que com ele se consiga melhorar os cuidados prestados pelos enfermeiros e proporcionar uma melhor qualidade de vida aos idosos que vivem sós em contexto domiciliário habitual.

Todos os dados referentes a este estudo de investigação serão mantidos sob sigilo. Garante-se ainda a destruição de toda a informação sobre os participantes, que possam conduzir à sua identificação após a conclusão da investigação.

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Designação do estudo: Processos adaptativos dos idosos á institucionalização

Eu, abaixo-assinada (Nome Completo)

Compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da minha participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade para fazer as perguntas que julguei necessárias.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versus os objectivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto na ocupação do seu tempo. Além disso, foi-me comunicado que tenho direito a recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal na assistência que me é prestada.

Por isso, aceito participar de livre e espontânea vontade no estudo proposto pelo investigador, respondendo às questões que me forem colocadas durante a investigação.

Data: _____, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante no estudo de investigação:

O investigador responsável pelo estudo:

(Fernando Alberto Esteves Dias Pereira)

